

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**CONTRIBUTO PARA A ELABORAÇÃO DE UM
PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
PROMOTOR DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA
ONCOLÓGICA MAMÁRIA**

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora Célia Santos

Coorientação:

Mestre Luís Miguel Ferreira

Maria do Céu de Sousa Veloso

Porto | 2013

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Célia Santos por ter aceitado a orientação desta dissertação, pelo apoio neste percurso, palavras de incentivo, disponibilidade, pelo acompanhamento e pelos contributos dados, os quais, sem dúvida, permitiram melhorar a qualidade do trabalho e enriquecer este momento único de aprendizagem.

Ao Mestre Luís Miguel Ferreira pelo apoio e colaboração durante todo o processo de realização da tese, e acima de tudo pela transmissão de conhecimentos durante toda esta caminhada.

Ao Conselho Administrativo do IPO-Porto pela autorização para a realização do estudo e ao Enfermeiro Fernando Monteiro pela disponibilidade e colaboração prestada.

Aos Enfermeiros do IPO-Porto do serviço da Clínica de Mama, serviço internamento Piso 8, serviço de Radioterapia e serviço de Quimioterapia pela participação ativa, pelos conhecimentos e experiência transmitidos.

Aos peritos eleitos neste estudo pela colaboração, pelo interesse, compreensão demonstrada, pelas ideias, discussão e disponibilidade de enriquecer este estudo com o seu contributo.

Aos meus colegas de equipa e aos meus amigos, em particular a minha querida amiga Cristina a quem agradeço as sábias palavras reconfortantes e entusiastas de motivação em momentos cruciais.

À Ana Salgado com quem partilhei os primeiros passos nesta longa caminhada...

Aos meus pais, e ao meu irmão pela forma como aceitaram a minha falta de tempo e disponibilidade.

À minha prima Cristina pela disponibilidade e compreensão.

Ao Bruno, pelo companheirismo, incentivo e motivação, pela paciência, pelo amor e carinho, a teu lado nunca deixei de acreditar que iria conseguir...

A todos, o meu sincero Obrigado, no seu todo e cada um em particular contribuíram para que este percurso fosse possível...

“Se você for ao interior da natureza, dentro do desconhecido, às fronteiras do conhecimento, tudo parece misturado e contraditório, ilógico e incoerente. Isto é o que a investigação faz; suaviza as contradições e torna as coisas simples, lógicas e coerentes”.

(Szent-Györgyi, 1980)

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DP - Desvio Padrão

IPO-Porto - Instituto Português de Oncologia do Porto

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC - Classificação de Resultados de Enfermagem

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

\bar{X} - Média

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	17
1.1. Problemática e Conceitos Centrais	17
1.2. Justificação do Estudo	24
1.3. Objetivos e Finalidade do Estudo	26
1.4. Desenho do Estudo	27
1.5. Questões Ético-Deontológicas Associadas ao Estudo	29
1.6. Visão Global da Dissertação.....	31
2. ESTUDO I: CONSTRUÇÃO DE UMA LISTAGEM DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA COM BASE NUM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ESPECÍFICO	33
2.1. Enquadramento Metodológico	33
2.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados	36
3. ESTUDO II: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA	43
3.1. Enquadramento Metodológico	43
3.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados	46
4. ESTUDO III: ANÁLISE DOCUMENTAL	63
4.1. Enquadramento Metodológico	63
4.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados	66
5. ESTUDO IV: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	77
5.1. Enquadramento Metodológico	77
5.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados	82
5.2.1. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Apoiar"</i>	83
5.2.2. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Encorajar"</i>	85
5.2.3. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Ensinar"</i>	86
5.2.4. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Envolver"</i>	88
5.2.5. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Incentivar"</i>	89
5.2.6. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Informar"</i>	91
5.2.7. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Orientar"</i>	93
5.2.8. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Planear"</i>	93
5.2.9. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Providenciar"</i>	94
5.2.10. <i>Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Referir"</i>	95
5.2.11. <i>Intervenções Validadas e Resultantes da Perceção dos Enfermeiros</i>	95

6. ESTUDO V: ANÁLISE POR PERITOS	99
6.1. Enquadramento Metodológico.....	99
6.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados	106
6.2.1. <i>Intervenções Validadas da Análise por Peritos: Questionário Delphi - 1ª Ronda</i>	107
6.2.2. <i>Intervenções Resultantes da Análise por Peritos: Questionário Delphi - 2ª Ronda</i>	120
7. PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA: DISCUSSÃO DE RESULTADOS	125
CONCLUSÃO.....	131
BIBLIOGRAFIA.....	133
ANEXOS.....	141
ANEXO I - PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DIRIGIDO AO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO IPO-PORTO	143
ANEXO II - AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO IPO-PORTO	149
ANEXO III - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA	153
ANEXO IV - PROTOCOLO DE REVISÃO DA LITERATURA	157
ANEXO V - RESULTADOS OBTIDOS DA TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS.....	161
ANEXO VI - TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS	189
ANEXO VII - GUIÃO DE ANÁLISE DOCUMENTAL	195
ANEXO VIII - GUIÃO DE ENTREVISTA.....	199
ANEXO IX - TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NÚMERO OITO.....	203
ANEXO X - CONSENTIMENTO INFORMADO.....	219
ANEXO XI - QUESTIONÁRIO DELPHI - 1ª RONDA.....	223
ANEXO XII - QUESTIONÁRIO DELPHI - 2ª RONDA	233
ANEXO XIII - PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA.....	237

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Quatro etapas descritas por Malak e Gümus (2009) no processo de adaptação das mulheres com patologia oncológica mamária.....	23
QUADRO 2: Indicadores de resultados da NOC utilizados na interligação com a NIC	35
QUADRO 3: Intervenções principais da NIC selecionadas, com base no instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária	38
QUADRO 4: Intervenções de enfermagem resultantes do instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária	39
QUADRO 5: Descrição da elaboração da pergunta segundo Modelo PICO	44
QUADRO 6: Critérios de inclusão e exclusão da revisão da literatura	44
QUADRO 7: Descrição dos artigos incluídos na revisão da literatura, de acordo com o(s) autor(es), ano, título, desenho/características do artigo e nível de evidência	45
QUADRO 8: Intervenções referenciadas pela National Breast Cancer Centre (2000)	47
QUADRO 9: Recomendações da National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group (2001)	48
QUADRO 10: Intervenções referenciadas por Fukui e colaboradores (2003).....	48
QUADRO 11: Recomendações da National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003).....	49
QUADRO 12: Intervenções referenciadas por Coleman e colaboradores (2005)....	50
QUADRO 13: Intervenções referenciadas por Jennings-Sanders e colaboradores (2005)	51
QUADRO 14: Desenho e resultados dos estudos referenciados na meta-análise de Zabalegui e col. (2005)	52
QUADRO 15: Intervenções referenciadas por Liu e col. (2006)	53
QUADRO 16: Intervenções referenciadas por Sandgren e McCaul (2007).....	54
QUADRO 17: Desenho e resultados dos artigos referenciados na revisão sistemática de Cruickshank e col. (2008)	55
QUADRO 18: Intervenções referenciadas por Fillion e col. (2008)	56
QUADRO 19: Intervenções referenciadas por Gümus e Çam (2008)	57
QUADRO 20: Funções da “ <i>clinical nurse specialist</i> ” referenciadas pela National Health Service Cancer Screening Programmes (2008)	57
QUADRO 21: Intervenções referenciadas por Malak e Gümus (2009)	58
QUADRO 22: Intervenções referenciadas por Yoo, Lee e Yoon (2009).....	59
QUADRO 23: Áreas temáticas referenciadas na revisão da literatura	60
QUADRO 24: Intervenções de enfermagem validadas através da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados (n).....	60
QUADRO 25: Intervenções de enfermagem resultantes da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados (n).	62
QUADRO 26: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de diagnóstico, com a descrição da frequência dos registos (n)	67
QUADRO 27: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase cirúrgica, com a descrição da frequência dos registos (n)	68

QUADRO 28: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com quimioterapia, com a descrição da frequência dos registos (n).....	70
QUADRO 29: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com radioterapia, com a descrição da frequência dos registos (n).....	72
QUADRO 30: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com hormonoterapia, com a descrição da frequência dos registos (n).....	73
QUADRO 31: Intervenções de enfermagem validadas pela análise documental, com a descrição da frequência dos registos (n).....	74
QUADRO 32: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes.....	79
QUADRO 33: Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	79
QUADRO 34: Intervenções de enfermagem no eixo da ação: "Apoiar"	83
QUADRO 35: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Encorajar"	85
QUADRO 36: Intervenções de enfermagem no eixo da ação: "Ensinar"	86
QUADRO 37: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Envolver"	88
QUADRO 38: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Incentivar"	89
QUADRO 39: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Informar"	91
QUADRO 40: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Orientar"	93
QUADRO 41: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Planear"	94
QUADRO 42: Intervenções de Enfermagem no eixo de ação: "Providenciar"	94
QUADRO 43: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Referir"	95
QUADRO 44: Intervenções de enfermagem validadas pela perceção dos enfermeiros, com a descrição da frequência das unidades de registo (n).	96
QUADRO 45: Intervenções de enfermagem resultantes da perceção dos enfermeiros, com a descrição da frequência das unidades de registo.....	97
QUADRO 46: Critérios de inclusão no estudo de Delphi	101
QUADRO 47: Tipos de consenso, segundo Sousa (2006) e Nogueira, Azeredo e Santos (2012).....	105
QUADRO 48: Critérios para classificação do nível de consenso, segundo Sousa (2006) e Nogueira, Azeredo e Santos (2012).....	105
QUADRO 49: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Aconselhar", de acordo com o painel de peritos.....	108
QUADRO 50: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Apoiar", de acordo com o painel de peritos	108
QUADRO 51: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Assistir", de acordo com o painel de peritos.....	109
QUADRO 52: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Encorajar", de acordo com o painel de peritos.....	110
QUADRO 53: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Ensinar", de acordo com o painel de peritos.....	110
QUADRO 54: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Envolver", de acordo com o painel de peritos.....	113
QUADRO 55: Intervenções de enfermagem no eixo de ação: "Estabelecer", de acordo com o painel de peritos.....	113

QUADRO 56: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: " Facilitar", de acordo com o painel de peritos	114
QUADRO 57: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Incentivar", de acordo com o painel de peritos	114
QUADRO 58: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Informar", de acordo com o painel de peritos	115
QUADRO 59: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Instruir", de acordo com o painel de peritos	116
QUADRO 60: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Orientar", de acordo com o painel de peritos	117
QUADRO 61: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Planejar", de acordo com o painel de peritos	117
QUADRO 62: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Providenciar", de acordo com o painel de peritos	118
QUADRO 63: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Referir", de acordo com o painel de peritos	118
QUADRO 64: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Supervisionar", de acordo com o painel de peritos	118
QUADRO 65: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Treinar", de acordo com o painel de peritos	119
QUADRO 66: Intervenções de enfermagem sugeridas pelos peritos no Questionário Delphi - 1ª Ronda.....	119
QUADRO 67: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Apoiar", de acordo com o painel de peritos	120
QUADRO 68: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Ensinar", de acordo com o painel de peritos	120
QUADRO 69: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Informar", de acordo com o painel de peritos	121
QUADRO 70: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Promover", de acordo com o painel de peritos	122

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: A pessoa como um sistema de adaptação, segundo o Modelo de Adaptação de Roy.	21
FIGURA 2: Desenho do Estudo de Investigação.....	28
FIGURA 3: Esquema do Desenho do Estudo V.....	107
FIGURA 4: Esquema geral dos resultados obtidos no Estudo V.....	123
FIGURA 5: Esquema dos resultados obtidos no Estudo I, II, III, IV e V	125
FIGURA 6: Quadro Síntese do Programa de Intervenção de Enfermagem Promotor da Adaptação à Doença Oncológica Mamária	126

RESUMO

As doenças crônicas, nomeadamente as de foro oncológico, apresentam-se como um dos principais desafios que a sociedade enfrenta atualmente. Entre estas doenças, o cancro de mama destaca-se pela sua elevada prevalência e aumento do número de sobreviventes, tornando-se assim numa situação crónica que implica uma necessidade de adaptação, sendo fulcral implementar cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo assim para que a mulher enfrente a nova condição de vida de forma adaptativa.

Reconhecendo esta realidade, o presente estudo teve por objetivo contribuir para a construção de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária com a finalidade de promover a qualidade de vida e o bem-estar, bem como outros ganhos em saúde neste grupo específico.

Recorremos a um estudo com abordagem qualitativa, de natureza exploratória-descritiva e transversal, que se desenvolveu em cinco estudos. Os resultados dos diversos estudos possibilitaram: no estudo I, com recurso a um instrumento de avaliação específico, identificar 59 intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária; no estudo II, com revisão da literatura, validar 46 intervenções de enfermagem anteriormente selecionadas e identificar mais 12 novas intervenções; no estudo III, através análise documental de cem registos de enfermagem, permitiu validar 16 dessas intervenções; no estudo IV, recorrendo à perceção de onze enfermeiros, foram validadas 38 intervenções anteriores e incluídas ainda mais três, resultando um total de 74 intervenções de enfermagem promotoras do processo de adaptação.

Posteriormente, o estudo V centrou-se na análise por dezoito peritos, através do estudo de consensos com recurso ao método de Delphi, com dois *rounds*. Na primeira ronda, todas as intervenções obtiveram consenso, tendo emergido mais cinco intervenções sugeridas pelos peritos, o que implicou uma segunda ronda. Também nesta segunda ronda todas as intervenções alcançaram consenso, tendo proporcionado o aprimoramento do programa de intervenção em desenvolvimento.

O programa construído neste estudo contempla assim um total de 79 intervenções de enfermagem, baseadas numa convergência e complementaridade dos resultados obtidos, que deverá ainda ser sujeita a uma aplicação alargada ao escrutínio de enfermeiros e à verificação da sua eficácia no contexto da prática clínica.

É basilar para a disciplina de enfermagem o desenvolvimento de programas de intervenção, que permitam otimizar a assistência em saúde, constituindo um recurso viável e relevante para a equipe de enfermagem intervir de forma eficaz e implementar cuidados baseados na evidência, contribuindo assim para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas em processo de doença.

Palavras-chave: cancro de mama; adaptação; *coping*; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

The chronic diseases, in particular oncologic ones, represent one of the main challenges that society faces today. Among these diseases, breast cancer stands out by its high prevalence and increased number of survivors. As a consequence, it becomes a chronic situation that implies a need for adaptation, as well as implementation of nursing care quality in such a way that women confront this new condition of life in an adaptive way.

Recognizing this reality, the present study had the objective to contribute to the construction of a program of nursing intervention enabling the adaptation to breast disease with the purpose of promoting the quality of life and well-being, as well as other benefits in health in this specific group.

We resort to a study, developed in five studies, with a qualitative approach, of which nature is exploratory-descriptive and cross-sectional. The results of the various studies were as follows: in the study I, with recourse to a specific instrument of evaluation, we have identified 59 nursing interventions that promote adaptation to breast disease; in the study II, through literature review, we have validated 46 nursing interventions previously selected and we have identified 12 new interventions; in the study III, through documentary analysis of one hundred nursing records, we were allowed to validate 16 of these interventions; in the study IV, by resorting to the perception of eleven nurses, we have validated 38 previous interventions and included even three more, resulting in a total of 74 nursing interventions that promote the process of adaptation.

Afterwards, the study V focused on analysis by eighteen experts, through the study of consensus using the method of Delphi, with two rounds. In the first round, all the interventions reached consensus, emerging five more interventions suggested by the experts, which meant a second round. Also in this second round, all the interventions reached consensus, providing the improvement of the intervention program in development.

The program built in this study includes a total of 79 nursing interventions, based on convergence and complementarity of the results obtained, which should still be subject to a wider application to the scrutiny of nurses and the verification of their effectiveness in the context of clinical practice.

The development of intervention programs is essential to the discipline of nursing, which allows the optimization of assistance in health, constituting a viable and relevant resource to the intervention of the nursing team with effectiveness and to implement evidence-based care, thus contributing to the

improvement of quality of life and well-being of individuals in the process of disease.

Keywords: breast cancer; adaptation; coping; nursing interventions.

1. INTRODUÇÃO

A investigação em Enfermagem constitui um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades, englobando diversos os aspetos da saúde que são de interesse para a Enfermagem, entre os quais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o cuidado à pessoa ao longo do ciclo vital, durante problemas de saúde e processos de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2006).

A investigação apresentada nesta dissertação surgiu no âmbito do mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo como objeto de estudo *“as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”*. A trajetória que desenvolvemos no mundo da investigação em enfermagem situou-se no domínio do processo de adaptação da mulher com cancro de mama, tomando como foco da nossa atenção a identificação das intervenções de enfermagem que contribuem para que a mulher com diagnóstico de cancro de mama encare, de forma adaptativa, a nova circunstância de vida, a fim de promover a qualidade de vida e o bem-estar, bem como outros ganhos em saúde.

1.1. Problemática e Conceitos Centrais

A delimitação da problemática em que se situa este estudo constitui um elemento fundamental para a compreensão da abordagem adotada ao longo desta investigação (o desenho do estudo).

“A prevenção e o tratamento de doenças crónicas são hoje grandes desafios com que o sistema de saúde se depara. (...) Os seus problemas exigem o uso de múltiplas fontes de ajuda e cuidados, uma vez que as capacidades de coping das pessoas com doenças crónicas são

frequentemente reduzidas, devido à idade avançada, compromissos de funcionamento, incapacidades graves, e recursos pessoais e sociais e financeiros limitados” (Monahan et al., 2010, p. 139-140).

A organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) descreve as doenças crônicas como doenças de longa duração e progressão geralmente lenta. As doenças crônicas são múltiplas e podem afetar todos os sistemas orgânicos, no entanto, apesar da diferente etiopatogenia, existem condições crônicas que compartilham aspectos comuns: consistem em situações que se prolongam no tempo, irreversíveis, afetando profundamente a vida das pessoas, com implicações biopsicossociais; requerem uma ligação contínua aos cuidados/serviços de saúde; alteram a dinâmica familiar e envolvem sempre alguma incapacidade a longo termo (Baptista, 2011).

As pessoas que desenvolvem condições crônicas ou incapacidades podem reagir com choque, descrença, depressão, raiva, ressentimento ou inúmeras outras emoções. A adaptação à doença crônica é afetada por vários fatores: rapidez de aparecimento, extensão e duração das alterações do estilo de vida exigidas pela doença; recursos familiares e individuais para lidar com o stresse; estágios do ciclo de vida do indivíduo/família; experiência prévia com a doença e a crise, e as características da personalidade subjacentes. Os sintomas associados às condições de saúde crônicas podem ser percebidos como eventos de crise, pelos doentes e famílias, que devem lidar com a incerteza da doença crônica e com as implicações que ela provoca na sua vida. Esses possíveis efeitos das condições crônicas podem nortear a avaliação e as intervenções de enfermagem dirigidas ao doente portador de uma doença crônica (Smeltzer et al., 2011).

A patologia oncológica, no conjunto das doenças crônicas e graves, assume uma dimensão especial pelos mitos e crenças que a doença criou e pela insegurança, medo irracional e imprevisibilidade que cria no doente e no sistema familiar, sendo uma das doenças mais temidas da humanidade, que provoca um conjunto de reações emocionais no doente, com repercussões imediatas na família e na própria sociedade. No entanto, atualmente o cancro deixou de ser uma irremediável fatalidade, pois muitas das situações de doença oncológica, são hoje controladas, e permitem grandes períodos de sobrevida, fruto dos avanços da medicina que explicam o aumento da longevidade, não sendo impeditivo que na trajetória de luta contra a doença e adaptação aos tratamentos, a integridade psíquica e a qualidade de vida dos doentes oncológicos seja largamente comprometida (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

O cancro de mama é a patologia oncológica mais comum em mulheres de todas as idades (Jassim, Whitford e Grey, 2010). Cerca de 232.340 novos casos de cancro de mama invasivo deverão ser diagnosticados entre as mulheres nos Estados Unidos da América em 2013, e estima-se que cerca de 39.620 mil morrerão da doença, ocupando a segunda principal causa de morte em mulheres, depois do cancro do pulmão (American Cancer Society, 2013). No Instituto Português de Oncologia do Porto (IPO-Porto) reporta-se como o cancro de maior prevalência na população feminina em 2008, com 1.764 novos casos correspondendo a mais de um quarto dos tumores diagnosticados (27,2%), com uma taxa de incidência de 103,6/100.000, mantendo a tendência crescente observada nos últimos anos 10 anos (RORENO, 2013).

O progresso dos métodos de prevenção e deteção, bem como os avanços no tratamento médico, resultaram numa tendência de aumento do número de sobreviventes de cancro, sendo que a taxa de sobrevivência relativa de cinco anos para doentes com cancro de mama invasivo do sexo feminino, aumentou de 75% em meados da década de 1970, para 90% atualmente (American Cancer Society, 2013). Ganhos de sobrevivência obtidos no cancro de mama têm produzido uma aceitação crescente desta patologia como uma doença de longo prazo e têm levado a uma maior ênfase na reabilitação e na qualidade de vida dessas mulheres. Contudo, o cancro da mama é ainda um diagnóstico angustiante (Jassim, Whitford e Grey, 2010), com morbidades psicológicas, tais como ansiedade, depressão, stresse, angústia, dificuldade de adaptação e diminuição da interação social (Vos et al., 2006) que se mostram como respostas ao diagnóstico e tratamento do cancro de mama.

Santos (2006) menciona que a maioria das pessoas com patologia oncológica mamária evidencia representações cognitivas e emocionais mais negativas do que outros grupos, com maior número de implicações emocionais. A mulher vive momentos de angústia e sofrimento com o impacto do diagnóstico, com o tratamento e com a reabilitação, que lhe desencadeia um estado de vulnerabilidade e instabilidade emocional. Existe o medo da perda de papéis desempenhados até então no seu contexto familiar, profissional e social (Oliveira, 2004).

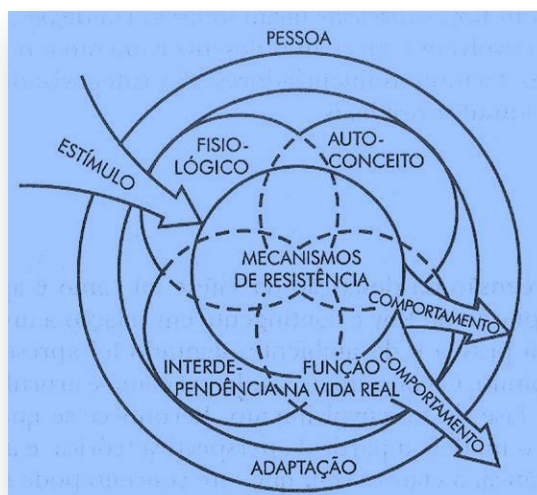
A adaptação é um processo contínuo e constante que exige uma alteração na estrutura, função ou comportamento, e que envolve uma interação entre a pessoa e o ambiente. O resultado depende do “*grau de adequação*” entre as habilidades e as capacidades da pessoa, o tipo de suporte social disponível e os vários desafios

ou fontes de stresse encontrados. À medida que novos desafios são encontrados, essa capacidade para lidar e se adaptar pode modificar, provendo, assim, a pessoa com uma ampla gama de capacidade adaptativa. A adaptação ocorre durante todo o espectro de vida à medida que a pessoa encontra muitos desafios situacionais e de desenvolvimento, principalmente aqueles relacionados com a saúde e a doença, em que a meta da adaptação é o melhor bem-estar (Smeltzer et al., 2011).

A adaptação à doença crónica é considerado um processo longo e dinâmico, existindo diferentes modelos teóricos que têm procurado explicar os fatores que a podem afetar (De Ridder et al., 2008). Na medida em que o cancro tem evoluído de uma doença inevitavelmente letal para uma doença crónica ameaçadora da vida (Pimentel, 2006), estes modelos têm igualmente aplicação no âmbito da doença oncológica, ajudando a compreender e a explicar o processo de adaptação à vivência da mesma. O modelo de adaptação à doença crónica, em geral, e à doença oncológica, em particular, que mais se têm destacado na literatura e que serviram de referencial teórico ao presente trabalho corresponde ao “*Modelo de Adaptação*” desenvolvido por Callista Roy (Roy e Andrews, 2001) que constitui uma introdução ao processo adaptativo para a prática clínica de enfermagem, que orienta o enfermeiro centrado na adaptação fisiológica e psicossocial. Roy (Roy e Andrews, 2001) incorporou os conceitos da Teoria de Adaptação de Helson, do Modelo de Sistema de von Bertalanffy, da definição de sistema de Rapoport, das Teorias de Stresse e Adaptação de Dohrenrend e Selye e do modelo transaccional de Lazarus e Folkman.

O Modelo de Adaptação de Sister Callista Roy (Roy e Andrews, 2001) apresenta **quatro conceitos essenciais**: a pessoa recetora do cuidado, o meio ambiente, a saúde e a meta de enfermagem. A pessoa é o recetor do cuidado de enfermagem e pode tratar-se de um indivíduo, uma família ou grupo, ou a sociedade como um todo. Roy entende a pessoa como um sistema adaptativo, que troca informações com o seu meio constantemente, o que provoca mudanças internas e externas no mesmo. Mas há a necessidade, diante dessas transformações, de se adaptar continuamente a fim de manter a sua integridade. Ou seja, a pessoa é um sistema aberto denominado de “*sistema de adaptação*” (Figura 1).

FIGURA 1: A pessoa como um sistema de adaptação, segundo o Modelo de Adaptação de Roy



Fonte: Retirado de Roy e Andrews, 2001, p.31

O sistema adaptativo da pessoa tem entradas (estímulo=*input*), que são reguladas pelos estímulos provenientes externa ou internamente ao indivíduo, provocando respostas que o levarão a adaptar-se ou não. O nível de adaptação é o nome dado ao ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente a uma determinada situação e irá depender de cada indivíduo, ou seja, dependerá dos seus mecanismos de resistência (*coping*). E o sistema adaptativo também possui respostas (comportamento=*output*), que são as formas como o indivíduo se comporta, como responde a determinado estímulo. Ele poderá responder de forma adaptativa ou ineficaz.

Os mecanismos de resistência utilizados para se adaptar são o **subsistema regulador**, que envolve transmissores químicos, neuronais ou endócrinos e **subsistema cognitivo** que envolve percepções, julgamento e emoções. Quanto mais desenvolvidos esses sistemas de resistência, melhor será a resposta adaptativa do indivíduo aos estímulos. Esses mecanismos podem ser **inatos**, ou seja, automáticos, não necessitando do raciocínio lógico, ou então, pode ser um **mecanismo adquirido**, que são desenvolvidos através de processos, tais como a aprendizagem.

Os comportamentos resultantes do mecanismo regulador e cognitivo podem ser observados em **quadro modos adaptativos** que envolvem a **função fisiológica**, o **autoconceito**, a **função do papel** e a **interdependência**. No **modo fisiológico** os estímulos do ambiente ativam os mecanismos de resistência associados com o funcionamento fisiológico produzido, e as respostas são comportamentos fisiológicos e relaciona-se com as **cinco necessidades fisiológicas básicas** (oxigenação; nutrição; eliminação; atividade e repouso, e proteção) e os **quatro**

processos complexos que envolvem os sentidos, fluidos e eletrólitos, a função neurológica e função endócrina. O **modo de autoconceito** é um dos três modos psicossociais que se refere ao conceito que a pessoa tem sobre si, formado a partir de percepções internas e percepções dos outros. O **modo de função na vida real** é outro dos modos psicossociais, que focaliza especificamente os papéis que a pessoa ocupa na sociedade e seu desempenho. O **modo de interdependência** é definido como relações estreitas entre as pessoas. Essas relações envolvem o querer e as habilidades de amar, respeitar e valorizar os outros. É um modo social, porque as suas necessidades são preenchidas pelas relações sociais.

Portanto, o estímulo a partir do ambiente interno e externo ativam os mecanismos de resistência, os subsistemas regulador e cognitivo que, por sua vez, produzem respostas comportamentais relativas aos modos fisiológicos, de autoconceito, de função na vida real e de interdependência. Estas respostas podem ser adaptativas, se promoverem, assim, a integridade total da pessoa em termos de **objetivos de adaptação (sobrevivência, crescimento, reprodução e domínio)** ou ineficazes, quando não contribuem nem para a integridade, nem para os objetivos de adaptação.

De acordo com a teórica, a função do enfermeiro, nessas situações, é promover a adaptação positiva do doente, e para isso implica o desenvolvimento de duas ações: **avaliação e intervenção**. Na **avaliação**, o enfermeiro identificará as situações-problema e seus respectivos estímulos; na **intervenção**, ele irá gerir esses estímulos de modo a alterar, aumentar, diminuir, remover ou mantê-los, e o resultado é o comportamento adaptativo.

Assim, Roy define o objetivo de enfermagem, como sendo a **promoção da adaptação nos quatro modos**, contribuindo para a saúde da pessoa, qualidade de vida, e morte com dignidade. Compete ao enfermeiro promover a adaptação em situações de doença; para aumentar a interação da pessoa com o seu ambiente (mundo interior ou exterior do indivíduo) e assim promover a saúde. A saúde é definida neste modelo como um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada, que constitui um reflexo da adaptação, em que a falta de integração representa falta de saúde. Portanto, Roy e Andrews (2001, p. 65) referem que o enfermeiro:

“(...) avalia o comportamento da pessoa e os estímulos que influenciam o seu comportamento e prossegue formulando os diagnósticos de enfermagem. São planejados e implementados os objetivos que estabelecem resultados comportamentais para o doente e as intervenções formadas para gerir os estímulos. A avaliação envolve a avaliação da eficácia da intervenção da enfermagem em relação ao comportamento da pessoa”.

Os autores supracitados referem ainda que a eficácia com que o enfermeiro pode auxiliar a pessoa na promoção da adaptação depende da compreensão da situação e colaboração do enfermeiro com a pessoa.

Lidar com o diagnóstico de cancro pode levar as pessoas a terem diferentes processos de adaptação psicológica e social (Badger et al., 2004). Os fatores, que influenciam o processo de adaptação das mulheres com cancro de mama e que afetam muitos aspetos da sua vida são, entre outros: o significado atribuído ao cancro de mama; o status sociocultural; a idade; o corpo-imagem; o tipo de mastectomia; a capacidade para lidar com a doença; o apoio social; o estadió do cancro; a expectativa de vida; o desenvolvimento de sintomas pós-quimioterapia e radioterapia; a esperança ou desesperança e os planos para o futuro (Malak e Gümus, 2009).

Malak e Gümus (2009) referem que os doentes com cancro apresentam problemas de adaptação, sendo os principais a ansiedade, a depressão, a raiva, a incerteza sobre o futuro, a desesperança, os pensamentos de suicídio, o isolamento social, a diminuição da autoestima, a diminuição da imagem do corpo, o medo de perder a feminilidade e a disfunção sexual feminina. Estes autores referem ainda que o processo de adaptação das mulheres com patologia oncológica mamária se caracteriza por quatro etapas (quadro 1).

QUADRO 1: Quatro etapas descritas por Malak e Gümus (2009) no processo de adaptação das mulheres com patologia oncológica mamária

FASE DE DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • As reações mais frequentes são o choque e incredulidade. • Apesar de lidar com o trauma do diagnóstico, o doente e sua família têm que ter muita informação e tomar decisões relacionadas ao tratamento com premência. • O nível de stress é muitas vezes elevado nesta fase.
FASE CIRÚRGICA	<ul style="list-style-type: none"> • Esta fase é significativamente stressante, lidar com a perda, visualizar o lado operado pela primeira vez, as mudanças nos papéis na família e nos papéis ocupacionais são aspetos característicos desta fase.
FASE DE TERAPIA ADJUVANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Inclui tratamentos adjuvantes com quimioterapia, radioterapia, terapia hormonal ou a combinação destes, em que o doente e sua família precisam de uma quantidade considerável de informação, apoio e a maioria necessita de assistência na gestão dos sintomas. • A possibilidade de recidiva pode afetar o doente e sua família nesta etapa.
FASE DE RECUPERAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • O primeiro sentimento de recuperação e o desejo de viver são frequentes, e ansiedade e hesitação também são comuns já que o tratamento termina nesta fase.

A adaptação física e emocional pode mudar de acordo com cada uma dessas etapas. Algumas etapas podem ser mais destrutivas e stressantes do que outras. Para facilitar a adaptação à doença oncológica mamária, os enfermeiros devem avaliar todos os fatores que podem afetar a adaptação e implementar precocemente as intervenções apropriadas.

Neste âmbito, os sobreviventes de cancro representam uma nova realidade nos serviços de saúde. Assim para prestar cuidados adequados a esta população os

profissionais de saúde devem primeiro conhecer as suas necessidades específicas de forma a desenvolver as intervenções adequadas. Neste contexto, a exigência atual dirigida aos profissionais de saúde é ampliada, sugerindo um incremento das intervenções dirigidas aos processos educacionais e de apoio psicossocial, à pessoa e família, com vista ao bem-estar e à qualidade de vida após a vivência de um cancro (Pinto e Pais-Ribeiro, 2007).

Gümus e Çam (2008) mencionam que diferentes tipologias de intervenções têm sido implementadas em diversos estudos, incluindo suporte emocional, grupos de apoio, suporte educacional, terapia cognitivo-comportamental, consulta por telefone, programas de autogestão, tendo estas intervenções demonstrado um papel importante na diminuição dos níveis de depressão e ansiedade, e no aumento dos níveis de conhecimento, de estratégias de *coping* adaptativas, e na melhoria da gestão dos sintomas.

Perante o aumento do número de sobreviventes de cancro de mama, o processo de adaptação tornou-se extremamente importante sendo que o foco de investigação deixou de ser centrada na cura da doença e passou a ser dirigida a apoiar as pessoas a saberem viver com a doença e as suas consequências.

1.2. Justificação do Estudo

As organizações internacionais e nacionais recomendam mais e melhor investigação na área da saúde, nomeadamente nas doenças crónicas, nas quais se inclui a doença oncológica da mama (Amorim, 2007).

Todos os países do mundo se encontram afetados pela “*maré crescente*” da doença crónica, bem como pela necessidade de acesso a cuidados apropriados para as pessoas com essas doenças. O potencial dos enfermeiros para contribuir para a melhoria da saúde das populações em todo o mundo, através da atenção dirigida à prevenção e aos cuidados na doença crónica nunca foi tão elevado.

Os desafios de conviver com uma doença crónica e tratá-la são bem conhecidos, e pessoas portadoras de doença crónica frequentemente relatam a prestação de cuidados de saúde, informação, serviços e aconselhamento inadequados. Isso proporciona uma oportunidade para que os enfermeiros assumam um papel mais ativo ao abordar muitas das questões suscitadas, coordenando os cuidados e assumindo-se como defensores dos doentes que

precisam de assistência adicional para tratar a doença e manter, ao mesmo tempo, uma qualidade de vida aceitável (Smeltzer et al., 2011).

Na presente investigação, a pertinência da explanação da temática das *“intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”* justifica-se essencialmente pelo facto desta patologia ser a mais frequente entre as mulheres, e pelas consequências dos tratamentos, que provocam um impacto psicológico significativo, afetando a pessoa em várias dimensões, nomeadamente na imagem corporal, relação interpessoal, atividades de vida diária e profissional, sendo fulcral implementar cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo assim para que pessoa enfrente a nova condição de vida de forma adaptativa.

Como tal, é fundamental que os enfermeiros atuem de forma mais eficaz e mais individualizada junto da mulher diagnosticada com cancro de mama e também com as pessoas significativas que com ela vivenciam as suas experiências de perda e adaptação a uma nova realidade. No entanto, quando se equacionam estas questões, verifica-se que a literatura se revela escassa, apesar de constituir uma temática em franca progressão. As poucas fontes da literatura disponíveis correspondem a uma informação existente vaga, dispersa e sem sistematização. Existem poucos estudos publicados que integram programas de intervenção onde os enfermeiros são participantes diretos e os que existem não se diferenciam dos restantes profissionais de saúde. Em Portugal, não foram encontrados estudos desenvolvidos por enfermeiros, constituindo assim mais uma justificação complementar para prosseguir esta investigação. Além disso, a adaptação da pessoa à transição saúde/doença constitui um desafio para a Enfermagem, enquanto ciência, e para os profissionais de saúde, enquanto agentes.

Considerando a incidência do cancro da mama, a sua evolução de uma doença letal para uma doença crónica ameaçadora do bem-estar, e o número crescente de sobreviventes que terá de conviver com os efeitos a longo prazo da própria doença, revela-se de extrema importância incidir sobre esta problemática no alcance de uma enfermagem mais significativa para as pessoas que se encontram neste processo.

1.3. Objetivos e Finalidade do Estudo

“O ponto de partida da investigação é uma situação que suscita interrogações, um mal-estar ou uma inquietação que pede uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão” (Fortin, 2009, p. 66). Ora o tema de estudo que impulsionou a realização desta investigação surgiu da experiência em cuidar de mulheres com doença oncológica mamária, e da necessidade de assistir de forma diferenciada estas pessoas durante o processo de adaptação à nova situação de vida, procurando assim compreender e explorar, enquanto enfermeiros, de que forma podemos otimizar este processo.

“A situação de doença é um desafio à capacidade de adaptação da pessoa” (Lobão et al., 2009, p. 24). A patologia oncológica constitui tipicamente, um agente de stresse que implica a adoção de diversas de estratégias para lhe fazer face, podendo essas estratégias ser mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que se confrontam, no decurso da doença.

Este processo nem sempre conduz ao bem-estar, daí a necessidade de, enquanto enfermeiros, estarmos atentos e sensibilizados para *“(…) promover os processos de readaptação após a doença”* (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 5). De acordo com Pinto (2009, p. 42) a *“(…) forma como cada um se adapta está relacionada com a resposta individual e com o apoio especializado dos profissionais de saúde”*.

Portanto, é imperativo o desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem facilitador da adaptação à nova condição de vida, com vista a implementar uma assistência de enfermagem de excelência baseada na evidência.

Com base no exposto, desenvolvemos um estudo de investigação com a finalidade de promover uma melhor adaptação à doença oncológica mamária contribuindo assim para o bem-estar e a qualidade de vida da mulher com diagnóstico de cancro de mama, tendo por base um programa de intervenção de enfermagem.

Dado que, e segundo Fortin (2003), os objetivos de um estudo são enunciados declarativos que precisam a orientação da investigação, indicando o que o investigador tem intenção de fazer ao longo do percurso de investigação, delineamos assim, os seguintes objetivos:

O objetivo geral:

- Contribuir para a construção de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária.

Os objetivos específicos:

1. Construir uma listagem de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária com base num **instrumento de avaliação específico**;
2. Identificar na evidência científica através da **revisão da literatura**, as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária;
3. Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária, através da **análise documental** dos registos de enfermagem;
4. Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária, através da **perceção dos enfermeiros** com experiência específica na área;
5. Selecionar as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária com maior nível de consenso de um **grupo de peritos**;
6. Adequar a linguagem das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica, à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), ao longo das diferentes fases do estudo.

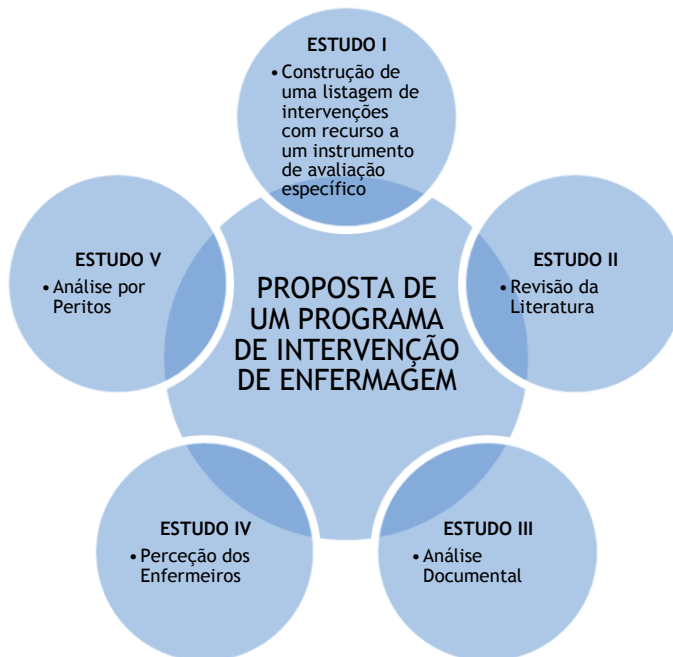
1.4. Desenho do Estudo

A presente investigação foi desenvolvida em **cinco estudos**, tendo sido estes designados por **estudos I, II, III, IV e V**, no sentido de responder a todos os objetivos específicos delineados, permitindo assim elaborar um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária. De salientar que os **estudos I, II, III, IV** foram realizados em conjunto com uma mestranda, por se tratar de um objetivo comum a outro estudo de investigação em Enfermagem no âmbito do Mestrado em Oncologia no Instituto de

Ciências Biomédicas Abel Salazar, possibilitando assim uma maior robustez do programa de intervenção.

O processo de construção do programa de intervenção foi complexo, tendo por base o instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária em processo de validação por Ferreira e colaboradores (2011), descrito no **estudo I**; a revisão da literatura no **estudo II**; a análise documental dos registos de enfermagem no **estudo III**; a perceção dos enfermeiros com experiência específica na área de oncologia mamária no **estudo IV**, que na sua globalidade facultaram a identificação de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária. Consequentemente, no **estudo V** através dos resultados obtidos nos estudos anteriores, foram selecionadas as intervenções de enfermagem com maior nível de consenso face ao propósito a que se destinam, sendo esta seleção aprimorada com o contributo de um grupo de peritos na área em estudo recorrendo ao método de Delphi, definindo assim uma proposta de um programa de intervenção, como ilustrámos na seguinte figura:

FIGURA 2: Desenho do Estudo de Investigação



Em termos de metodologia recorreremos à **investigação qualitativa**, que é especialmente preferida quando se pretende ter uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo ou desenvolver conhecimentos numa área nova (Ribeiro, 2010). Considerando as características específicas desta problemática, enveredamos por um estudo de **abordagem exploratória-descritiva** que é apropriado quando o objetivo perseguido é explorar e descrever um fenómeno

ainda mal conhecido. Além disso, estamos perante um **estudo transversal** que envolve a colheita de dados num determinado ponto temporal (Polit e Beck, 2011).

De acordo Burns e Grove (1993) cit. por Fortin (2003) “(...) *a triangulação dos métodos é, habitualmente, mais usada no estudo de conceitos complexos, tais como, a esperança, a adaptação, a promoção da saúde*” (p. 324), portanto optámos por este tipo de triangulação.

A triangulação de métodos envolve o uso de vários métodos de colheita de dados sobre um mesmo fenómeno. Em estudos qualitativos, os investigadores com frequência usam a combinação rica de métodos de recolha de dados não estruturados (p. ex., entrevistas, documentos) para desenvolver uma compreensão abrangente do fenómeno, proporcionando a oportunidade de avaliar até que ponto emerge um quadro coerente e consistente (Polit e Beck, 2011).

Logo, elegemos a triangulação como uma estratégia de investigação para assegurar a finalização dos resultados ou para os confirmar dos diversos estudos, proporcionando assim amplitude e profundidade a uma investigação e uma ilustração mais rigorosa do fenómeno. A confirmação surgiu quando comparamos e contrastamos a informação de diferentes pontos do estudo de investigação, como é que os resultados ocorrem em diferentes circunstâncias e permitiram confirmar a sua validade (Streubert e Carpenter, 2002).

Consideramos que o recurso à triangulação de métodos nos estudos desenvolvidos, através do recurso ao instrumento de avaliação específico, da revisão da literatura, da análise documental, da realização de entrevistas semiestruturadas e do método de Delphi constituiu uma estratégia para inferir de forma mais consistente a riqueza e a complexidade do fenómeno em estudo, além de fornecer uma base à convergência e à obtenção de maior exatidão possível.

1.5. Questões Ético-Deontológicas Associadas ao Estudo

“Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas” (Fortin, 2003, p. 113).

Segundo a autora, terão que ser protegidos os direitos e liberdades das pessoas que participam nos estudos, pelo que foram determinados pelos códigos de ética cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos, e que são

os seguintes: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste sentido foi solicitada ao Presidente do Conselho de Administração de uma Instituição de saúde especializada em oncologia da zona norte a autorização da colheita de dados em contexto hospitalar, indicando os objetivos do estudo, as características dos participantes e os recursos necessários (Anexo I). Foram também disponibilizados a declaração do consentimento informado e os instrumentos de recolha de dados.

O estudo foi avaliado pela comissão de ética da Instituição, tendo sido atribuído um parecer positivo (Anexo II), sendo dada a autorização pelo Conselho de Administração para a realização do estudo atendendo às normas éticas inerentes ao protocolo de Helsínquia, definidas para trabalhos de investigação.

No presente estudo, foram contemplados os aspetos éticos relativos ao sigilo e consentimento informado, no que se refere à autorização dos sujeitos para participarem no estudo garantindo a confidencialidade dos dados.

No contacto com os participantes foram ponderados todos os princípios tendo em consideração:

- A decisão na participação do estudo era voluntária e qualquer mudança de decisão no sentido da sua retirada foi respeitada;
- A solicitação feita aos participantes para a sua participação foi efetuada através do seu consentimento voluntário, após as explicações necessárias sobre o estudo, bem como a garantia dos aspetos éticos;
- Foi solicitada autorização para proceder à gravação da entrevista em formato áudio, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

Consideramos desta forma ter cumprido os pressupostos éticos referentes à investigação e ter prestado todos os esclarecimentos aos participantes no estudo para que pudessem tomar uma decisão livre e informada relativamente à sua participação.

1.6. Visão Global da Dissertação

Estruturalmente, esta dissertação segue um modelo de organização e sequência dos capítulos que vai de encontro aos diversos estudos nela desenvolvidos com vista a dar resposta aos objetivos.

Nesta nota introdutória procedemos a uma breve síntese do estudo, abordando a problemática e os conceitos centrais, justificámos a pertinência do estudo, definimos o objetivo geral e os específicos, bem como a finalidade desta investigação. Seguidamente foram descritas as opções metodológicas adotadas no estudo com a justificação do paradigma e da estratégia delineada para a sua materialização.

Os cinco capítulos posteriores, em termos organizativos, contêm partes distintas na sua natureza, mas complementares. Em cada um deles apresentamos cada um dos estudos desenvolvidos, iniciando pelo seu enquadramento metodológico ao que se segue a interpretação e discussão dos resultados dele obtidos, interligando-os com os anteriores.

O capítulo dois contempla o **estudo I** com construção de uma listagem de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária através de um instrumento de avaliação específico desenvolvido por Ferreira e colaboradores (2011). O capítulo três referente ao **estudo II** aborda a revisão da literatura realizada sobre a problemática. O capítulo quatro, incide sobre o **estudo III**, e explana a análise documental dos registos de enfermagem nesta área de estudo. O capítulo cinco apresenta o **estudo IV** que patenteia a perceção dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem neste âmbito. No capítulo sexto expomos o **estudo V** onde descrevemos a análise por peritos relativamente ao nível de consenso e grau de concordância relativamente às intervenções referenciadas pelos estudos anteriores, tendo sido eleito para este propósito, o método de Delphi.

Por fim, no capítulo sétimo, apresentamos uma proposta de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária, incidindo sobre as principais implicações dos resultados patentes neste estudo para a prática clínica e investigação em enfermagem.

O trabalho termina com a conclusão, onde se tecem algumas considerações tidas como fundamentais que consubstanciam o estudo propriamente dito e as sugestões de continuidade da investigação nesta área.

2. ESTUDO I: CONSTRUÇÃO DE UMA LISTAGEM DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA COM BASE NUM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO ESPECÍFICO

2.1. Enquadramento Metodológico

No âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa intitulado “*Terapêuticas de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama*”, o coordenador do presente estudo de investigação, Mestre Luís Miguel Ferreira conjuntamente com a Professora Doutora Célia Santos e Professor Doutor Filipe Pereira, desenvolveram um estudo metodológico de natureza quantitativa, inerente à construção e validação de um instrumento de avaliação, que permite mensurar a eficácia das intervenções de enfermagem dirigidas à promoção de adaptação à doença oncológica mamária.

Este instrumento de avaliação (Anexo III) encontra-se em fase de validação, no entanto, consideramos fulcral abordar os princípios que envolveram o processo de identificação dos indicadores de resultado como ponto de partida para a construção de um programa de intervenção nesta área, de forma a permitir avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem.

No processo de identificação dos indicadores de resultado, Ferreira e colaboradores (2011), desenvolveram um estudo alicerçado numa abordagem qualitativa e exploratória. Na fase inicial realizaram uma revisão da literatura, direcionada ao contexto adaptativo à afeção oncológica mamária, e dez entrevistas a doentes com cancro de mama, que pertenciam a um grupo de autoajuda. Posteriormente, de acordo com os pressupostos que surgiram da revisão da literatura e da análise de conteúdo das entrevistas, centraram-se num processo de seleção de indicadores sensíveis às intervenções de enfermagem

descritos na Classificação de Resultados de Enfermagem (NOC) desenvolvida por Moorhead et al. (2010). Nesta classificação os indicadores estão definidos por diferentes níveis conceptuais, desde o nível mais nuclear (Nível 4 - Específico) até a um nível mais amplo (Nível 1 - Domínio), tendo sido opção dos autores incidirem nos **indicadores de nível 3** que correspondem a (sub) indicadores associados ao **nível 4**, com o propósito de minuciarem os diversos aspetos de saúde que podem representar indicadores clinicamente profícuos. Com base na literatura e na análise de conteúdo das entrevistas com as clientes, selecionaram **53 indicadores de nível 3** e os **correspondentes (sub) indicadores de nível 4**. Na etapa subsequente, procederam a uma leitura crítica das ligações das classificações da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)-NOC, associadas à problemática, tendo acrescentado **10 indicadores de nível 3** e os **respetivos (sub) indicadores de nível 4**. Seguidamente consultaram um painel de peritos, recorrendo a um procedimento de geração de consensos do tipo “*Grupo Focal*”, constituído por enfermeiros e psicólogos clínicos, com experiência na área de assistência a mulheres com cancro de mama, onde através de um documento com base na codificação da NOC, incluíram **63 indicadores de nível 3** e **921 indicadores de nível 4**, tendo sido selecionados os indicadores que evidenciaram uma frequência de consenso entre os peritos superior a 50%, num total de **110 (sub) indicadores de resultado do nível 4** e **31 indicadores do nível 3**. No sentido de alcançar um consenso de perfil quantitativo alargado, os referidos autores realizaram um estudo de consensos no Instituto Português de Oncologia do Porto, Coimbra e Lisboa, aplicando um questionário a 235 enfermeiros, em que emergiram **26 indicadores de resultado de nível 4**, tendo sido acrescentados **mais nove indicadores segundo um critério teórico**. Portanto, a escala final da avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da adaptação nas mulheres com afeção oncológica mamária apresenta, no total, **35 indicadores de resultado**.

O instrumento de avaliação supradito permitiu que, a partir dos **35 indicadores de resultado que constituem o instrumento de avaliação**, incluíssemos apenas **33 indicadores**, após realizada a confrontação com as interligações entre NOC e NIC (Johnson et al., 2009). Este processo teve como propósito, seleccionar criticamente as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação, tendo sido excluídos dois indicadores de resultado que tinham sido anteriormente acrescentados por critério teórico que não permitiram realizar a correspondência com as classificações (quadro 2).

QUADRO 2: Indicadores de resultados da NOC utilizados na interligação com a NIC

INDICADORES DE RESULTADO NÍVEL 4	INDICADORES DE RESULTADO NÍVEL 3	INTERVENÇÕES PRINCIPAIS DA NIC
1. Expressa sentimento de que a vida vale a pena 2. Desempenha as tarefas do autocuidado 3. Toma decisões relacionadas com a sua saúde 4. Mantém relacionamentos 5. Procura informação sobre a sua saúde	▪ Aceitação: Estado de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento • Ensino: processo de doença • Melhoria da autoperceção • Melhoria do <i>coping</i> • Orientação antecipada • Promoção da esperança • Suporte emocional
6. Adapta-se às limitações funcionais 7. Procura ajuda profissional conforme necessário	▪ Adaptação à Deficiência Física	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da imagem corporal • Melhoria do <i>coping</i> • Orientação antecipada • Suporte emocional
8. Verbaliza otimismo sobre o futuro 9. Verbaliza otimismo sobre o presente	▪ Adaptação Psicossocial: Mudança de Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitação do processo de pesar • Melhoria do <i>coping</i> • Orientação antecipada • Redução do stress por mudança
10. Sente-se apoiado com a visita da família 11. Resolve problemas em conjunto com os membros da família 12. Sente-se apoiado com a visita de amigos	▪ Ambiente Familiar Social	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da socialização • Facilitação do processo de pesar • Manutenção do processo familiar • Promoção da integridade familiar • Suporte à família
13. Perceciona como positiva a assistência emocional de outras pessoas	▪ Apoio Social	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de apoio • Melhoria do sistema de apoio • Promoção do envolvimento familiar
14. Comunica adequadamente as suas necessidades 15. Comunica adequadamente os seus sentimentos	▪ Autocontrolo da Agressividade	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência no controlo da raiva • Controlo do ambiente: prevenção contra a violência • Treinamento para controlo de impulsos
16. Verbaliza manter o sono adequado 17. Segue o plano de tratamento	▪ Autocontrolo Ansiedade ▪ Autocontrolo da Depressão	<ul style="list-style-type: none"> • Redução da ansiedade • Assistência na automodificação • Contrato com o paciente • Controlo da dor • Controlo do humor • Melhoria da autoestima • Promoção da capacidade de resiliência • Reestruturação cognitiva
18. Cumpre os compromissos com o profissional de saúde	▪ Autocontrolo da Doença	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino: atividade/exercícios prescritos • Ensino: dieta • Ensino: medicamentos prescritos • Ensino: processo de doença • Melhoria da autoestima
19. Aceita as próprias limitações 20. Desempenha as atividades de vida diária	▪ Autoestima ▪ Bem-estar Pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da autoestima • Apoio espiritual • Esclarecimento de valores • Facilitação do crescimento espiritual • Identificação do risco • Melhoria da autoestima • Melhoria da autoperceção • Melhoria do <i>coping</i> • Melhoria do sono • Toque terapêutico
21. Perceciona o apoio das pessoas significativas	▪ Crenças de saúde: Perceção quanto aos recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência quanto a recursos financeiros • Melhoria do sistema de apoio • Orientação quanto ao sistema de saúde
22. Desempenha o seu papel de pai/mãe de acordo com as suas expectativas	▪ Desempenho de papel	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitação do processo de pesar • Melhoria da autoperceção • Melhoria do <i>coping</i> • Melhoria do papel

23. Usa estratégias para lidar com a situação	▪ <i>Coping</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento • Apoio à tomada de decisão • Facilitação do processo de pesar • Intervenção na crise • Melhoria do <i>coping</i> • Melhoria do sistema de apoio • Orientação antecipada • Promoção da capacidade de resiliência • Redução do stress por mudança • Suporte emocional
24. Demonstra prazer de viver	▪ Esperança	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio espiritual • Facilitação do crescimento espiritual • Promoção da esperança • Suporte emocional
25. Expressa expectativa de um futuro positivo		
26. Expressa sentido para a vida		
27. Expressa vontade de viver		
28. Expressa razões para viver		
29. Expressa acreditar em si mesmo / Expressa sensação de autocontrolo		
30. Expressa fé		
31. Descrição da parte do corpo afetada	▪ Imagem Corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da imagem corporal
32. Descreve desejo de usar estratégias para melhorar a aparência		
33. Expressa acreditar na sua capacidade para desempenhar ações	▪ Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência na automodificação • Esclarecimento de valores • Facilitação da autorresponsabilidade

As ligações entre NANDA, NOC e NIC permitiram demonstrar como essas três linguagens podem ser empregadas em conjunto para descrever o processo de enfermagem - os diagnósticos, os resultados e as intervenções usados pelos enfermeiros, facilitando assim o emprego de cada linguagem e a criação de sistemas de informação clínica (Johnson et al., 2009).

Neste estudo I as ligações verificadas entre NOC e NIC com o recurso ao instrumento de avaliação específico desenvolvido por Ferreira e colaboradores (2011) permitiram investigar as associações entre os resultados que avaliam a eficácia das “*intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*”, contribuindo assim para uma prática clínica mais baseada na evidência científica.

2.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados

Uma ligação pode ser definida como o que direciona a relação entre conceitos. Os elos entre os resultados da NOC e as intervenções da NIC sugerem a relação entre a solução de um problema e as ações de enfermagem com vista à sua solução, isto é, o resultado que as intervenções esperam influenciar (Johnson et al., 2009).

As ligações NANDA, NOC e NIC (Johnson et al., 2009), exemplificam a forma como as três linguagens padronizadas e distintas podem ser conectadas e utilizadas conjuntamente ao planejar cuidados de enfermagem para determinado doente ou grupo de doentes. Nestas ligações são apresentados resultados da NOC sugeridos, com intervenções associadas para cada diagnóstico da NANDA. As intervenções são apresentadas em três níveis: **primeiro nível ou intervenções principais**, que são intervenções mais prováveis para a resolução daquele diagnóstico; **segundo nível ou intervenções sugeridas**, intervenções dirigidas ao diagnóstico, mas não como uma intervenção prioritária para a maioria dos doentes com aquele diagnóstico e **terceiro nível ou intervenções opcionais**, intervenções aplicadas somente para alguns doentes com o diagnóstico.

O termo intervenção de enfermagem é definido na NIC como “(...) *qualquer tratamento baseado no julgamento e conhecimento clínicos, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente*” (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2010, p. xxv).

Uma intervenção é composta por uma série de atividades que são definidas como “(...) *ações específicas realizadas por enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam paciente/clientes a avançar rumo a um resultado almejado. As atividades situam-se no nível concreto da ação. Há necessidade de uma série de atividades para implementar uma intervenção*” (Bulechek, Butcher, Dochterman, 2010, p. xxv).

Nesta fase do **estudo I**, o desenvolvimento das ligações entre os indicadores de resultados da NOC associados ao instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária (Ferreira et al., 2011) e a NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem), proporcionou numa primeira etapa a convergência entre os **indicadores de resultados nível 4 e nível 3 da NOC e as intervenções principais de enfermagem**, no total de **44 intervenções de enfermagem** apresentado anteriormente no quadro 2.

Considerando que foram utilizadas apenas as intervenções apresentadas na NIC como principais, num total de **44 intervenções**, cada uma delas foi revisada pelas duas investigadoras e pelos orientadores do estudo, e o critério de seleção foi estabelecido de acordo com: 1) a sua definição; 2) a lista de atividades; 3) a exequibilidade para realizar a intervenção e respectivas atividades associadas e 4) o fenómeno em estudo. Baseado nestes preceitos, foram selecionadas **27 intervenções principais** (quadro 3) e excluídas 17 (p. ex. assistência na

automodificação; assistência no controlo da raiva), que resultaram num total **700 atividades de enfermagem associadas**.

QUADRO 3: Intervenções principais da NIC selecionadas, com base no instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária

INTERVENÇÃO PRINCIPAL DA NIC	DEFINIÇÃO DO CONCEITO
1. Aconselhamento	• Uso de um processo interativo de ajuda, com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do paciente e pessoas importantes para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a solução de problemas e as relações interpessoais.
2. Apoio à tomada de decisão	• Fornecimento de informações e apoio a paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de saúde.
3. Apoio espiritual	• Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.
4. Aumento da socialização	• Facilitação da capacidade de outra pessoa para interagir com os outros.
5. Contrato com o paciente	• Negociação e acordo com um paciente reforçando uma mudança específica de comportamento.
6. Controlo da dor	• Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.
7. Ensino: atividade/exercícios prescritos	• Preparo do paciente para atingir e/ou manter um nível de atividade prescrito.
8. Ensino: dieta prescrita	• Preparação do paciente para seguir corretamente uma dieta prescrita.
9. Ensino: medicamentos prescritos	• Preparo de um paciente para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos.
10. Ensino: processo de doença	• Assistência ao paciente para que compreenda as informações relativas a determinado processo de doença.
11. Facilitação da autorresponsabilidade	• Encorajamento a um paciente para assumir mais responsabilidade pelo próprio comportamento.
12. Facilitação do crescimento espiritual	• Facilitação do crescimento da capacidade de pacientes para identificar, fazer uma conexão e chamar a fonte de sentido, finalidade, conforto, fortalecimento e esperança em suas vidas.
13. Facilitação do processo de pesar	• Assistência para superar uma perda importante.
14. Grupo de apoio	• Uso de um ambiente de grupo para oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativos à saúde.
15. Melhora da autoestima	• Assistência a paciente para melhorar o julgamento do próprio valor.
16. Melhoria da autopercepção	• Assistência a paciente para investigar e entender seus pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos.
17. Melhora da imagem corporal	• Melhorar as percepções e as atitudes conscientes e inconscientes do paciente em relação ao seu corpo.
18. Melhoria do coping	• Assistência ao paciente para adaptar-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidos que interfiram na satisfação das exigências da vida e no desempenho de papéis.
19. Melhoria do papel	• Assistência a paciente, pessoa importante e/ou família para melhorar as relações, com o esclarecimento e suplementação de comportamentos específicos de papéis.
20. Melhoria do sistema de apoio	• Facilitação de suporte ao paciente pela família, os amigos e a comunidade.
21. Melhoria do sono	• Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.
22. Orientação antecipada	• Preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento e/ou situacional prevista.
23. Orientação quanto ao sistema de saúde	• Facilitação do acesso e uso pelo paciente dos serviços de saúde adequados.
24. Promoção da esperança	• Melhoria da crença na própria capacidade de iniciar e manter ações.
25. Promoção do envolvimento familiar	• Facilitação da participação dos membros da família no cuidado físico e emocional do paciente.
26. Redução da ansiedade	• Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.
27. Suporte emocional	• Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de stresse.

As **700 atividades de enfermagem** foram revistas e discutidas pelas duas mestradas, e de forma criteriosa foram reconhecidas **198 atividades relevantes** para o estudo em questão, tendo sido diferenciadas as atividades específicas

(n=28) e comuns (n=170) de cada intervenção, verificando que muitas das atividades da NIC se repetem. Seguidamente, a seleção foi aprimorada em discussão com os orientadores do estudo de investigação, tendo sido **eleitas 59 atividades de enfermagem**, que posteriormente foram adequadas à linguagem CIPE® (ICN, 2011).

As linhas de orientação CIPE® para compor uma intervenção de enfermagem baseiam-se na norma ISO para um modelo de terminologia para ações de Enfermagem. Utilizando o modelo ISO e o Modelo de 7 Eixos da CIPE® para criar enunciados de intervenção de enfermagem, recomendam-se as linhas de orientação seguintes para desenvolver um enunciado de intervenção de enfermagem: 1) tem de incluir um termo do **Eixo da Ação**; 2) tem de incluir pelo menos **um termo Alvo** (um termo alvo pode ser um termo de qualquer eixo, exceto do Eixo do Juízo; 3) podem incluir termos adicionais, de acordo com a necessidade, do Eixo da Ação ou qualquer outro eixo (ICN, 2005).

Tendo em conta, que a CIPE® define uma intervenção de enfermagem como uma **ação** realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem (ICN, 2002), formulamos as **59 atividades enunciadas pela NIC** à luz das orientações da CIPE®. Portanto, de acordo com estes pressupostos adaptámos à linguagem CIPE® um total de **59 intervenções resultantes do instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária** (quadro 4).

QUADRO 4: Intervenções de enfermagem resultantes do instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
1. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (p. ex., roupas, próteses ou cosméticos).
2. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.
3. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.
4. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).
5. Apoiar a pessoa a gerir emoções.
6. Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades.
7. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes.
8. Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas.
9. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.
10. Apoiar a pessoa no processo de aceitação da dependência no autocuidado.
11. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.
12. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).
13. Encorajar a expressão de emoções.
14. Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.
15. Encorajar a pessoa a concentrar-se num fator de stresse de cada vez.
16. Encorajar a pessoa a controlar as causas/fatores que prejudicam o padrão do sono.
17. Encorajar atividades sociais/comunitárias.

18. Encorajar comportamento interativo (*com membros da família ou pessoas significativas*).
19. Ensinar a família (*ou pessoas significativas*) no processo de gerir o regime medicamentoso.
20. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
21. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).
22. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.
23. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.
24. Ensinar sobre o regime dietético.
25. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
26. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).
27. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.
28. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no plano de cuidados.
29. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no processo de controlo da dor.
30. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no processo de gestão da doença.
31. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no processo de *mudanças* de papéis.
32. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).
33. Facilitar a participação da família (*ou pessoas significativas*) no processo de tomada de decisão.
34. Incentivar a adoção de estratégias de *coping* eficazes.
35. Incentivar a autonomia no autocuidado.
36. Incentivar a pessoa a identificar percepções positivas sobre o seu corpo.
37. Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.
38. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.
39. Incentivar apoio espiritual (p. ex., meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).
40. Incentivar atividade física.
41. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.
42. Incentivar mudanças no estilo de vida.
43. Incentivar o recurso a técnicas de distração.
44. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.
45. Incentivar pessoa a procurar *fontes* de motivação.
46. Informar a família (*ou pessoas significativas*) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).
47. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.
48. Informar a pessoa sobre o processo de dor.
49. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).
50. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.
51. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).
52. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
53. Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).
54. Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).
55. Planear consultas (presenciais ou telefónicas).
56. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).
57. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).
58. Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).
59. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).

Muitos autores consideram ser de fundamental importância dar continuidade aos estudos das classificações da prática de Enfermagem, bem como validar

aqueles já realizados (Milhomem et al., 2008; Napoleão e Carvalho, 2007), além disso, as várias ligações das classificações requerem teste e avaliação em ambientes de prática clínica, permitindo uma articulação mais clara entre teoria, prática e pesquisa, o que construirá o corpo de conhecimentos da disciplina de Enfermagem (Johnson et al., 2009).

A interligação do resultado da NOC com a NIC resultante do instrumento de avaliação da adaptação à afeção oncológica mamária representou neste estudo de investigação, uma mais-valia na seleção crítica das diversas intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da adaptação. Este processo de confrontação de ligações entre essas classificações constituiu uma etapa importante na facilitação do uso dessas linguagens na prática, na educação e na pesquisa. Consideramos de grande interesse o recurso à utilização de sistemas de classificação na prática de enfermagem, com vista à construção de programas de intervenção, conferindo maior visibilidade à ciência e à arte de enfermagem.

3. ESTUDO II: REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

3.1. Enquadramento Metodológico

“Realizar uma revisão de literatura de alta qualidade não é um exercício mecânico - trata-se de uma arte e uma ciência. Vários aspectos caracterizam uma revisão de alta qualidade. Em primeiro lugar, ela tem de ser abrangente e completa, incorporando referências atualizadas. Em segundo lugar, precisa ser sistemática. As regras decisórias devem ser claras, e os critérios de inclusão ou exclusão de estudos, explícitos. Isto se deve, em parte, à terceira característica de uma boa revisão - seu potencial de reprodução. Significa dizer que outro revisor cuidadoso poderia aplicar as mesmas regras decisórias e chegar a conclusões similares sobre o estado das evidências e respeito daquele tópico. Outros atributos desejáveis são o equilíbrio e ausência de vieses” (Polit e Beck, 2011, p. 199).

Segundo os autores supraditos as principais etapas da preparação de uma revisão da literatura *“(...) incluem formular a questão, definir uma estratégia de pesquisa, realizar uma busca, armazenar fontes relevantes, resumir e codificar informações, criticar os estudos, analisar as informações e preparar a síntese por escrito” (p. 219).*

A construção de uma questão através da estratégia PICO (quadro 5) estabelece uma linha orientadora para a pesquisa, tornando-a rigorosa e sensível, aumentando o seu potencial de sucesso e evitando a omissão de estudos importantes (Santos, Pimenta e Nobre, 2007).

QUADRO 5: Descrição da elaboração da pergunta segundo Modelo PICO

MODELO PICO	
Paciente	Mulher com cancro de mama
Intervenção	Intervenções promotoras da adaptação realizadas por enfermeiros
Comparação	Sem comparação
Outcomes	Adaptação

Alicerçado no descrito anteriormente, como ponto de partida para a elaboração da revisão da literatura, estabelecemos a seguinte questão norteadora:

- *“Quais são as intervenções de enfermagem promotoras (I) da adaptação (O) na mulher com cancro de mama (P)?”*

Recorrendo à lógica booleana “AND” e aos descritores DeCS Browser, as palavras-chave foram: “breast cancer” AND “adaptation” AND “coping” AND “nursing intervention”.

A definição de critérios de inclusão e exclusão (quadro 6) teve como finalidade orientar a pesquisa e a seleção da literatura científica de modo a aumentar a precisão dos resultados face à questão identificada.

QUADRO 6: Critérios de inclusão e exclusão da revisão da literatura

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Publicações com texto integral em português, espanhol, francês e inglês; • Artigos que abordaram intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária.
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos relacionados com intervenções exclusivas de outros profissionais de saúde.

Deste modo, procuramos desenvolver a pesquisa bibliográfica com base nos termos de busca (palavras-chave), nos operadores booleanos, na combinação das componentes da estratégia PICO e nos critérios de inclusão e exclusão.

A revisão da literatura decorreu entre Outubro de 2012 a Janeiro de 2013, abrangendo o período de 2000 a 2010, o que se deveu ao facto da literatura existente nos últimos cinco anos ser limitada. Foram pesquisados artigos científicos na busca da melhor evidência científica nas bases de dados CINAHL, SCOPUS e Web of science.

Segundo Polit e Beck (2011) identificar estudos relevantes sobre um tópico é apenas o começo da revisão da literatura, sendo necessário desenvolver uma estratégia como o recurso a um sistema formal de registo de informações de cada estudo, no entanto, não há um formato fixo para esse tipo de protocolo, sendo o revisor que decide os elementos mais importantes que devem ser registados de forma consistente para todos os estudos. Perante isto, optámos por elaborar um protocolo de revisão da literatura (Anexo IV) de forma a recolher os dados que consideramos pertinentes, tendo sido adotada a seguinte estrutura: título do

artigo; autor(es); objetivo; metodologia; fase do processo de doença; amostra; intervenção; resultados; conclusão e nível de evidência.

Da pesquisa elaborada inicialmente, realçaram-se 263 publicações das três bases de dados pesquisadas, em que, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram incluídos nesta revisão 16 artigos, sintetizados no quadro 7. No sentido de classificar a qualidade da evidência dos artigos encontrados optou-se pelos níveis de evidência de Lewin e colaboradores (2008) e pelo modelo dos “5 S” de Haynes (2006).

QUADRO 7: Descrição dos artigos incluídos na revisão da literatura, de acordo com o(s) autor(es), ano, título, desenho/características do artigo e nível de evidência

AUTOR(ES)	ANO	TÍTULO	DESENHO/ CARACTERÍSTICAS DO ARTIGO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
1. NATIONAL BREAST CANCER CENTRE	2000	<i>Specialist breast nurses: an evidence-based model for Australian practice specialist breast nurse project team.</i>	Estudo Randomizado Controlado Multicêntrico	Nível de evidência II
2. NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP	2001	<i>Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer.</i>	Guideline	Nível de evidência I
3. FUKUI, S. [et al.]	2003	<i>The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for japanese women with primary breast cancer.</i>	Estudo Randomizado Controlado	Nível de evidência II
4. NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE	2003	<i>Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer.</i>	Guideline	Nível de evidência I
5. COLEMAN, E. A. [et al.]	2005	<i>The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis.</i>	Estudo Quase-experimental	Nível de evidência III
6. JENNINGS-SANDERS, A. [et al.]	2005	<i>How do nurse case managers care for older women with breast cancer?</i>	Estudo Randomizado, Prospetivo	Nível de evidência II
7. ZABALEGUI, A. [et al.]	2005	<i>Nursing and cancer support groups.</i>	Meta-Análise	Nível de evidência I
8. LIU, L.-N. [et al.]	2006	<i>Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan.</i>	Estudo Quase-Experimental	Nível de evidência III
9. SANDGREN, A.; McCAUL, K.	2007	<i>Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients.</i>	Estudo Randomizado Controlado	Nível de evidência II
10. SCHNEIDER, S.; HOOD, L.	2007	<i>Virtual reality: a distraction intervention for chemotherapy.</i>	Estudo Randomizado Controlado	Nível de evidência II
11. CRUICKSHANK, S. [et al.]	2008	<i>Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer (Review).</i>	Revisão Sistemática	Nível de evidência I
12. FILLION, L. [et al.]	2008	<i>A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors.</i>	Estudo Randomizado Controlado	Nível de evidência II
13. GÜMUS, A.; ÇAM, O.	2008	<i>Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients.</i>	Estudo Quase-Experimental	Nível de evidência III

14. NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES	2008	<i>Quality assurance guidelines for clinical nurse specialists in breast cancer screening.</i>	Guideline	Nível de evidência I
15. MALAK, A.; GÜMUS, A.	2009	<i>Nursing interventions and factors affecting physical, psychological and social adaptation of women with breast cancer nursing interventions and factors affecting physical, psychological and social adaptation of women with breast cancer.</i>	Artigo de Opinião	Nível de evidência VI
16. YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A.	2009	<i>Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy.</i>	Estudo Randomizado Controlado	Nível de evidência II

Na revisão da literatura, destacamos o facto desta pesquisa ter permitido identificar artigos relevantes entre os quais a revisão sistemática (Cruickshank et al., 2008) que é considerada o “*padrão de ouro*” para apreciar a eficácia de um tratamento, bem como as guidelines (National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group, 2001; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008) que constituem “(...) *um meio potencial pelo qual a evidência pode ser incorporada na prática de enfermagem*” (Craig, 2002, p. 206).

3.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados

A revisão da literatura contribuiu para validar e identificar diversas “*intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*”, que iremos descrever seguidamente através dos 16 recursos selecionados: três guidelines; uma revisão sistemática; uma meta-análise; sete estudos randomizados controlados; três estudos quase-experimentais e um artigo de opinião. No sentido de analisar, interpretar e discutir os resultados obtidos da revisão da literatura, optamos por estruturalmente descrever os diversos artigos obedecendo a uma lógica cronológica, referindo os aspetos mais relevantes e dando especial destaque às “*intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*”.

A National Breast Cancer Centre (2000) conduziu um estudo randomizado controlado multicêntrico, com o objetivo de analisar a viabilidade, implementação, aceitabilidade e impacto de um modelo sobre “*specialist breast care nurse*” baseado em evidências, modelo esse desenvolvido por este grupo,

com base em níveis de evidência I a IV e em diretrizes de prática clínica na área da oncologia mamária. Os dados primários foram coletados a partir de quatro diferentes centros de tratamento de cancro de mama na Austrália. Foram recrutadas aleatoriamente, um total de 240 mulheres com diagnóstico precoce de cancro de mama. A intervenção dividiu-se em cinco consultas predeterminadas, relacionadas com as fases de tratamento “chave”: fase de diagnóstico, pré-operatório, pós-operatório, e duas durante a fase de *follow-up* num período de 12 semanas após o diagnóstico. Tendo sido fornecida uma lista de verificação para avaliar e responder às necessidades individuais de **informação, aconselhamento e encaminhamento**. A “*specialist breast nurse*”, segundo o modelo instituído pela National Breast Cancer Centre (2000), desenvolveu o seguinte percurso clínico de intervenção descrito no quadro seguinte:

QUADRO 8: Intervenções referenciadas pela National Breast Cancer Centre (2000)

INTERVENÇÕES NA FASE DE DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar temas como o diagnóstico/prognóstico, objetivos dos tratamentos, as opções terapêuticas, reconstrução mamária, assuntos culturais e religiosos, certificando-se que a doente participa na tomada de decisão; • Identificar fatores de risco psicossocial; • Incluir a família em todo o processo.
INTERVENÇÕES NO MOMENTO PRÉ-OPERATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Informar a doente sobre a intervenção cirúrgica e possíveis complicações; • Fornecer informação sobre próteses mamárias; • Identificar medos e ajudar a doente a ultrapassá-los.
INTERVENÇÕES NO MOMENTO PÓS-OPERATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação sobre a cicatrização, ferida cirúrgica, drenagem, prótese mamária e/ou reconstrução; • Planear a alta; • Informar sobre possíveis tratamentos adjuvantes; • Identificar sentimentos, problemas e soluções; • Promover o envolvimento da família e identificar as suas necessidades.
INTERVENÇÕES NO FOLLOW-UP	<ul style="list-style-type: none"> • Informar o doente relativamente ao plano terapêutico, tratamentos adjuvantes e possíveis efeitos adversos e a importância dos ensaios clínicos; • Incentivar a partilha de sentimentos, dificuldades e problemas de ordem íntima e relacional; • Orientar para grupos de apoio psicossocial.

De acordo com o National Breast Cancer Centre (2000), quase todas as mulheres que tiveram contacto com a “*specialist breast nurse*” (nas cinco consultas agendadas) perceberam o seu contributo positivo na melhoria dos cuidados. Portanto, a elaboração deste tipo de modelos pode ser um recurso viável e relevante para a equipe de enfermagem intervir de forma eficaz e implementar cuidados baseados na evidência científica.

A National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group (2001) através de um grupo de trabalho multidisciplinar desenvolveu diretrizes de prática clínica para o tratamento do cancro de mama avançado, delineando múltiplas **intervenções psicossociais** que fornecem recomendações claras, de nível I e II de evidência, onde identificamos as seguintes (quadro 9).

QUADRO 9: Recomendações da National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group (2001)

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhamento apropriado que engloba encaminhar a doente para apoio adicional sempre que surge necessidade; • Terapia de relaxamento para alívio da dor; • Criação de programas de educação para melhorar o controlo da dor; • Criação de grupos de apoio para melhorar a qualidade de vida e promover a sobrevivência; • Realizar terapias de grupo para aumentar a autoestima e reduzir a ansiedade, depressão e raiva; • Realizar sessões de educação para melhorar a adaptação, conhecimento, consciência da morte, e autoconceito para as mulheres recém-diagnosticadas com cancro de mama avançado; • Utilizar técnicas comportamentais como relaxamento muscular, e imagens, para reduzir o stresse em casos de ansiedade; • Incentivar a expressão de pensamentos e sentimentos sobre o diagnóstico e seu significado.
INTERVENÇÕES DIRIGIDAS À FAMÍLIA, AO PARCEIRO E FILHOS	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações aos parceiros das mulheres com cancro de mama sobre a doença, encaminhando-os para fontes de informação adequadas; • Promover a melhoria da comunicação, a coesão e resolução de conflitos nas famílias de modo a reduzir os problemas psicossociais.

Esta organização salienta ainda que apesar de reconhecer que há uma necessidade clara de competências profissionais de alto nível no diagnóstico e tratamento, também deve ser dada uma atenção especial às emoções da pessoa, inter-relações psicossociais e bem-estar geral, em que as intervenções psicossociais podem melhorar o ajustamento físico, funcional e psicológico e deve ser considerado na assistência ao doente.

O estudo randomizado controlado de Fukui e colaboradores (2003) teve como objetivo analisar os efeitos da intervenção psicossocial sobre a solidão e apoio social. Numa amostra de 50 mulheres com cancro de mama, procedeu-se a uma intervenção em grupo de seis semanas, tendo por base a educação para saúde, o desenvolvimento de habilidades de *coping* e o controlo do stresse (quadro 10).

QUADRO 10: Intervenções referenciadas por Fukui e colaboradores (2003)

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecida informação específica sobre cancro da mama. • Entregues materiais de leitura relacionados com cada sessão.
DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES DE COPING	<ul style="list-style-type: none"> • Usadas técnicas de resolução de problemas para destacar os problemas específicos que os doentes com cancro tipicamente enfrentam e foram ensinadas estratégias de <i>coping</i> positivas. • As situações discutidas incluíram o diagnóstico, imagem corporal, o apoio da família, a comunicação com amigos e colegas de trabalho, a comunicação com os médicos, o medo de recidiva, e planeamento para o futuro. Para cada situação foram apresentadas duas ilustrações diferentes que descreviam cenários com recurso a estratégias de <i>coping</i> ineficazes e eficazes.
GESTÃO DO STRESSE	<ul style="list-style-type: none"> • As participantes aprenderam exercícios de relaxamento, seguido de imaginação guiada. No final da primeira sessão, a cada participante foi fornecido um áudio de instrução de 20 minutos.

Cinquenta (33%) das 151 mulheres convidadas participaram e foram randomizadas para um grupo experimental (n=25) e um grupo de controlo (n=25), e 23 (92%) em cada um dos grupos completaram o estudo. O grupo experimental apresentou scores significativamente mais baixos do que o grupo controlo

relativamente à solidão e scores significativamente mais elevados de satisfação com o suporte social durante o período de estudo de seis meses. Portanto, segundo os investigadores, esta intervenção em grupo foi benéfica podendo ser usado como um método eficaz que permite gerir as preocupações psicossociais associadas à doença.

A National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003), elaborou uma diretriz clínica baseada em evidências intitulada “*Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*”, tendo sido concebida para auxiliar os profissionais de saúde na prestação de cuidados psicossociais a doentes oncológicos. O grupo de trabalho recorreu às orientações psicossociais originais para as mulheres com cancro de mama fundamentadas em níveis I e II de evidência. A evidência emergente na disciplina de psico-oncologia sugere que há temas semelhantes nas necessidades psicológicas do doente independentemente do tipo de cancro diagnosticado. A referida diretriz de prática clínica fornece evidências baseadas em recomendações genéricas sobre: o fornecimento de informações; a integração das questões de qualidade de vida na prestação de cuidados a doentes oncológicos; minimizar o impacto social e psicológico do doente e sua família; estratégias para a identificação e tratamento de pessoas que experienciam sofrimento emocional significativo (quadro 11).

QUADRO 11: Recomendações da National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003)

<p>INFORMAR SOBRE O DIAGNÓSTICO DE CANCRO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antes de discutir o diagnóstico, incentivar uma segunda pessoa para estar presente se for o caso e fornecer outros métodos para transmitir a informação, por exemplo, materiais escritos, vídeos, áudio das consultas; • Ao fornecer as informações explicar brevemente o processo pelo qual o diagnóstico foi alcançado; • No apoio emocional encorajar a pessoa a expressar os seus sentimentos, por exemplo, chorando livremente, falando sobre as preocupações, medos ou ansiedades, raiva e fornecer informações sobre os serviços de apoio.
<p>DISCUTIR AS OPÇÕES DE TRATAMENTO E INCENTIVAR A PARTICIPAÇÃO NA TOMADA DE DECISÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar as opções de tratamento disponíveis, discutir os resultados esperados e efeitos colaterais de cada opção de tratamento, explicar os prós e contras de cada opção e fornecer informações sobre as opções de tratamento, por exemplo, por escrito, gravações áudio, vídeo, gravação áudio das consultas, etc; • Explorar numa fase inicial se o doente gostaria de ser envolvido na tomada de decisão e de discutir opções de tratamento com a família ou amigos, facilitando a sua participação em decisões de tratamento.
<p>GARANTIR APOIO EMOCIONAL E SOCIAL ADEQUADO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar acesso a outro profissional de saúde aliado (p. ex., assistente social) em todas as fases do atendimento, quando adequado e disponível; • Incentivar o recurso a fontes de apoio, tais como: família, amigos, grupos de pares, grupos de internet e psicoeducativos; • Adoção de estratégias para melhorar o bem-estar psicológico dos doentes: educação; apoio; exercício; psicoeducação; técnicas de relaxamento; recurso a diretivas de <i>coping</i>; • Promover o relaxamento muscular progressivo, imaginação guiada, a meditação, técnicas de distração e exercícios de controlo da respiração, de forma a reduzir o impacto dos sintomas físicos;

De acordo com o National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2003), a implementação bem-sucedida destas recomendações na prática

clínica promove o bem-estar, reduz o sofrimento dos doentes oncológicos e sua família, contribuindo assim para uma melhor adaptação à sua nova condição de saúde.

Coleman e colaboradores (2005) no estudo quase-experimental que realizaram tendo como objetivo identificar os métodos mais eficazes de promoção de apoio social para as mulheres diagnosticadas com cancro de mama, verificaram a **eficácia do suporte social por telefone e da intervenção educacional na promoção da adaptação emocional e interpessoal à doença oncológica**. A amostra compôs-se de 106 mulheres com cancro de mama que participaram no estudo duas a quatro semanas após a cirurgia e foram aleatoriamente distribuídas para o grupo experimental e de controlo. Ambos os grupos receberam **recursos educativos** por correio eletrónico e o grupo experimental especificamente recebeu ainda 13 meses de suporte social por via telefónica com suporte educacional ministrado pela enfermeira especialista na área de oncologia (quadro 12).

QUADRO 12: Intervenções referenciadas por Coleman e colaboradores (2005)

<p>FASE I (contacto semanal 2-3 semanas após a cirurgia, durante três meses)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a oportunidade do sujeito abordar a sua experiência com o diagnóstico e tratamento e sobre os sentimentos vivenciados; • Fornecer informações sobre as opções de tratamento e escolhas.
<p>Fase II (contacto semanal após cinco meses após a cirurgia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir a relação entre cancro e stresse; • Abordar a gestão do stresse através de exercícios como o relaxamento; • Incentivar o sujeito à prática de relaxamento e visualização do exercício; • Discutir a importância do autoexame da mama; • Enfatizar a aplicação de estratégias para enfrentar desafios específicos e sugerir estratégias de coping adaptativas; • Abordar as náuseas, a anorexia, a fadiga e o desconforto como problemas comuns relacionados com o tratamento e sugerir estratégias para lidar com eles; • Dar particular atenção para as dificuldades relacionadas com as sequelas da cirurgia (mobilidade e conforto) bem como o equilíbrio entre atividade e repouso para promover o bem-estar; • Incentivar a observar o vídeo sobre exercício previsto no kit de recursos educativos; • Incentivar a abordar o assunto sobre o cancro e autoimagem, através da visualização do vídeo fornecido no kit de recursos educativos; • Explorar o efeito da autoimagem nas relações interpessoais; • Explorar a sexualidade, bem como questões sexuais específicas.
<p>Fase III (contacto semanal após 8 meses da cirurgia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abordar a sexualidade, a autoimagem e a importância da realização autoexame da mama, mamografia e dos exames médicos no follow-up; • Encorajar o uso contínuo de estratégias de gestão do stresse e permitir a verbalização de preocupações/sentimentos sobre o fim da terapêutica adjuvante.
<p>Fase IV (contacto semanal após 13 meses da cirurgia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finalização do projeto com o incentivo ao uso das estratégias e técnicas aprendidas.

Neste estudo não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo experimental e o de controlo, verificando que a eficácia dos recursos educativos

enviados por correio eletrónico é semelhante ao suporte social por via telefónica na promoção de apoio social.

Jennings-Sanders e colaboradores (2005) desenvolveram um estudo randomizado controlado, cujo propósito consistiu em descrever a frequência da prestação de cuidados ao longo de cada fase do processo de enfermagem (apreciação, planeamento, implementação e avaliação) pela “*nurse case managers*”, a mulheres idosas com cancro de mama, por um período de um ano. Um total de 325 mulheres (166 no grupo de controlo e 159 no grupo de intervenção “*nurse case managers*”), em que as “*nurse case management*” implementaram várias intervenções tendo com referência o “*Model of Case Management*” (quadro 13).

QUADRO 13: Intervenções referenciadas por Jennings-Sanders e colaboradores (2005)

FASE APRECIÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Abordam aspetos físicos (ferida operatória, amplitude de movimento dos membros superiores, estado funcional) e psicossociais (estado emocional, apoio social, estado cognitivo).
FASE PLANEAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Incidiram sobre o estabelecimento de metas, tomada de decisão, estabeleceram um plano com o doente, com família e com outros profissionais de saúde.
FASE IMPLEMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de sintomas; • Ensino e reforço desse ensino; • Incentivar o recurso a dispositivos de adaptação; • Encaminhamento para outros profissionais de saúde.
FASE AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização do progresso, num documento de registo de <i>follow-up</i>.

Com base nos resultados deste estudo, os autores salientam que os enfermeiros podem desenvolver intervenções de enfermagem específicos para atender as necessidades de mulheres idosas com cancro de mama recorrendo ao “*Model of Nurse Case Management*”.

Na meta-análise realizada por Zabalegui e colaboradores (2005) foram analisadas as evidências sobre eficácia dos **grupos de apoio**, através de estudos randomizados controlados, cujo objetivo era determinar se as intervenções de enfermagem implementadas nos grupos de apoio melhoram a adaptação, o estado emocional, a qualidade de vida, a sobrevivência e as relações conjugais nos doentes com patologia oncológica. No quadro 14 expomos alguns artigos analisados nesta meta-análise com a descrição do desenho, das intervenções referidas pelos respetivos investigadores e dos resultados dos estudos.

QUADRO 14: Desenho e resultados dos estudos referenciados na meta-análise de Zabalegui e col. (2005)

AUTORES	DESENHO E RESULTADOS DO ESTUDO
Mock et al. (1994)	<ul style="list-style-type: none"> Estudo randomizado controlado, cujo objetivo incidiu sobre examinar os efeitos de um programa de reabilitação na adaptação física e psicossocial das mulheres com cancro de mama a realizar quimioterapia adjuvante. As 14 participantes foram aleatoriamente designadas para o grupo experimental ou para o grupo de cuidados habituais (grupo controlo). Os membros do grupo experimental iniciaram um programa de exercícios estruturados de caminhada e participou em reuniões do grupo de apoio. As variáveis em estudo (desempenho físico, o ajustamento psicossocial e a intensidade dos sintomas) revelaram melhor adaptação em indivíduos que completaram o programa de exercícios.
Branden, Mishel, Longman (1998)	<ul style="list-style-type: none"> Estudo que envolveu 193 mulheres com cancro de mama a realizar quimioterapia, radioterapia ou terapia hormonal, com idade média de 55 anos, que foram distribuídas aleatoriamente por três grupos de intervenção: <i>grupo de autoajuda</i>; <i>grupo coping com o desconhecido</i>; <i>grupo de autoajuda combinado com o coping com o desconhecido</i>, com o propósito de determinar a eficácia destes grupos no autocuidado e na autoajuda. Realizadas seis sessões semanais de 90 minutos e no <i>grupo de autoajuda</i> as intervenções de enfermagem incidiram no âmbito da resolução de problemas, da informação sobre cancro de mama/tratamento e técnicas de relaxamento. No <i>grupo coping com o desconhecido</i> as intervenções recaíram no apoio emocional e na informação e por fim o último grupo agrupava as intervenções de enfermagem dos dois grupos anteriores, sendo designado por <i>grupo de autoajuda combinada com o coping com o desconhecido</i>. A participação nestes grupos de apoio resultou em níveis mais elevados de autocuidado, autoajuda, ajustamento psicológico e confiança no conhecimento do cancro.
Walker et al. (1998)	<ul style="list-style-type: none"> Neste estudo randomizado prospetivo participaram 96 mulheres com diagnóstico recente de cancro de mama localmente avançado, com a finalidade de avaliar os efeitos do relaxamento combinado com imaginação guiada na qualidade de vida e resposta à quimioterapia primária. As participantes foram selecionadas a partir do diagnóstico, e antes do início da quimioterapia, sendo randomizadas para o tratamento padrão (grupo controlo) ou para tratamento padrão com ensino sobre técnicas de relaxamento e imaginação guiada (grupo experimental). O estudo sugere que estas intervenções simples são benéficas e devem ser proporcionadas a doentes que desejam melhorar a qualidade de vida durante a quimioterapia primária.
Fukui et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> Ensaio controlado randomizado em que pretenderam determinar o efeito de uma intervenção psicossocial em grupo, no sofrimento psicológico e no <i>coping</i>. O modelo de intervenção baseou-se em quatro componentes: 1) educação para a saúde; 2) treino de habilidades de <i>coping</i>; 3) gestão do stresse; 4) apoio psicossocial: <ul style="list-style-type: none"> Educação para a saúde: Apresentação de informação médica e psicológica específica sobre carcinoma da mama; entrega de apostilas e materiais de leitura relacionadas com cada sessão; Treino de habilidades de coping: Ensino e estimulação à adoção de estratégias de coping eficazes perante problemas específicos relacionados com o cancro; Gestão de stresse: Foram ensinados exercícios de relaxamento (relaxamento muscular progressivo), seguido de “imagens guiadas”; Apoio psicossocial: O apoio psicossocial foi prestado pela equipe durante toda a intervenção, e dentro do grupo de apoio foi fornecido pelos próprios doentes. Cinquenta (33%) das 151 mulheres foram distribuídos aleatoriamente e participaram, e 46 (30%) completaram o estudo. O grupo experimental teve scores significativamente mais baixos do que o grupo de controlo na perturbação do humor e scores significativamente mais elevados para o espírito de luta.

Perante os diversos estudos analisados na meta-análise por Zabalegui e col. (2005), os resultados indicaram que a participação em grupos de apoio parece estar associada a melhorias significativas no estado emocional do doente (depressão e ansiedade), na adaptação à doença, na qualidade de vida e nas relações conjugais.

Liu e col. (2006) desenvolveram um estudo, cujo objetivo era perceber a relevância da continuidade dos cuidados de suporte, no aumento do apoio social e na redução da incerteza sentida entre mulheres com um diagnóstico recente de cancro de mama na Tailândia. Tratou-se de um estudo longitudinal, quase-

experimental, com uma amostra de 61 mulheres com menos de 60 anos, diagnosticadas com cancro de mama e submetidas a cirurgia. O grupo experimental (31 mulheres) recebeu **cuidados de suporte de forma sistemática e contínua** e de seguida foi-lhes fornecido **apoio psicológico e educativo** sobre o cancro de mama bem como o esclarecimento de dúvidas, por uma enfermeira. Os utentes do grupo controlo (30 mulheres), receberam cuidados de enfermagem de **“rotina”**, fornecidos por enfermeiras que trabalhavam no centro hospitalar. O conteúdo principal dos **cuidados de suporte** incluía o **fornecimento de informações, o apoio emocional e psicológico, o encaminhamento adequado e o acompanhamento** (quadro 15).

QUADRO 15: Intervenções referenciadas por Liu e col. (2006)

CONTACTO INICIAL ANTES DA CIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecido um panfleto sobre o cancro de mama; • Explicadas as rotinas do pré e pós-cirúrgico; • Fornecidas informações sobre os tipos de cirurgia; • Instruir sobre a ferida cirúrgica, o sistema de drenagem, exercícios simples a realizar com os braços e mãos, e sobre a dieta aconselhada; • Sugeridas opções estéticas como a prótese mamária; • Fornecido um folheto sobre gestão emocional; • Providenciado apoio emocional e psicológico.
PERÍODO APÓS A CIRURGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Ensino sobre como realizar exercícios de braço e ombro; • Avaliação da ferida, do autocuidado e da dieta; • Instruir sobre a prevenção de linfedema; • Fornecido apoio emocional e psicológico; • Orientar para organizações e grupos de apoio.
TRATAMENTOS ADJUVANTES	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecido um panfleto sobre a natureza, duração, e os possíveis efeitos colaterais da quimioterapia ou radioterapia; • Avaliação e gestão dos efeitos colaterais; • Avaliação da dieta; • Fornecido apoio emocional e psicológico.
FOLLOW-UP	<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre a realização do autoexame da mama; • Avaliação dos exercícios de reabilitação do ombro e braço; • Planear visitas clínicas regulares após a cirurgia; • Instruir sobre hormonoterapia, se necessário; • Fornecido apoio emocional e psicológico.

Este estudo indicou que o grupo experimental evidenciou melhor suporte social e menores níveis de incerteza, ou seja, concluíram que uma intervenção de assistência sistemática e contínua pode aumentar gradualmente o apoio social e diminuir a incerteza.

Sandgren e McCaul (2007) testaram a eficácia de duas terapias fornecida por suporte telefónico e compararam-nas. A amostra foi constituída por 218 mulheres seleccionadas aleatoriamente para três grupos: o **grupo de educação** (n=76) que receberam ensino sobre cancro de mama; o **grupo de expressão emocional** (n=89) com intervenções direcionadas para a expressão de emoções, e o **grupo controlo** submetido a intervenções de **“rotina”**. As consultas por telefone foram realizadas por enfermeiras em seis momentos com a duração de 30 minutos. Os

contactos foram realizados semanalmente durante cinco semanas e um contacto posterior realizado cerca de três meses depois (quadro 16).

QUADRO 16: Intervenções referenciadas por Sandgren e McCaul (2007)

GRUPO DE EDUCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Compreensão do cancro de mama; • Gestão das alterações pós-cirúrgicas; • Compreensão do tratamento; • Gestão dos efeitos colaterais e fadiga; • Promoção de um estilo de vida saudável; • Acompanhamento no <i>follow-up</i>.
GRUPO DE EXPRESSÃO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar os doentes a falarem sobre os seus pensamentos e sentimentos relativos ao cancro da mama, e a abordarem qualquer outra questão emocional, de forma a sentir-se livre para explorar emoções, não sendo o seu propósito julgar ou dizer o que deve sentir ou fazer, apenas ouvir e servir de apoio na partilha das suas experiências pessoais; • Em sessões posteriores, solicitavam às doentes para que falassem sobre qualquer acontecimento angustiante/stressante e quais os sentimentos mais perturbadores que vivenciou.

Os autores concluíram que as mulheres pertencentes ao grupo de suporte educativo demonstravam maior conhecimento e uma diminuição dos níveis de stresse sentidos face às mulheres incluídas no grupo de suporte emocional e do grupo de controlo. Não se evidenciaram diferenças no que concerne à qualidade de vida ou humor.

Schneider e Hood (2007) exploraram a realidade virtual como uma **intervenção de distração** para aliviar os sintomas do tratamento de quimioterapia para tratamento do cancro de mama (52% da amostra), do cólon (16%) e do pulmão (33%). Os 123 adultos que participaram no estudo foram aleatoriamente designados para realizar um tratamento de quimioterapia com o capacete de realidade virtual como **técnica de distração**, sucedendo-se um tratamento posterior sem recurso a técnicas de realidade virtual. Durante o tratamento de quimioterapia uma enfermeira coloca os aparelhos de realidade virtual e explica ao doente como manipulá-lo, a animação decorre durante todo o tratamento de quimioterapia e o doente é livre para alterar os cenários e manipular o monitor. Os investigadores constataram que o uso de técnicas de distração torna os tratamentos menos desagradáveis e parece encurtar a sua duração, no entanto, não parece permitir diminuir os sintomas associados ao tratamento.

Cruickshank e colaboradores (2008) realizaram uma revisão sistemática com o objetivo de avaliar a eficácia das intervenções implementadas pela *“specialist breast care nurses”* na qualidade de vida das mulheres com patologia oncológica mamária, tendo selecionado cinco estudos randomizados controlados. No quadro 17 descrevemos o desenho, as intervenções e os resultados, apontados em alguns artigos.

QUADRO 17: Desenho e resultados dos artigos referenciados na revisão sistemática de Cruickshank e col. (2008)

AUTORES	DESENHO E RESULTADOS DO ESTUDO
McArdle et al. (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo randomizado controlado prospetivo que envolveu 272 mulheres com cancro de mama que teve como objetivo avaliar o efeito da intervenção desempenhada pela “<i>breast care nurse</i>”, sobre a prevalência de morbilidade psicológica após a cirurgia. • As intervenções desempenhadas pela “<i>breast nurse care</i>” foram diversas entre as quais: explicou a rotina do pré-operatório e pós-operatório; forneceu informações sobre o tipo de cirurgia e sintomas frequentes pós-cirurgia (p. ex., parestesias no braço do lado operado); assegurou o fornecimento de prótese mamária; informou sobre a natureza, duração e possíveis efeitos colaterais dos tratamentos adjuvantes; corrigiu equívocos tais como a crença de que o cancro surgiu a partir de um comportamento erróneo por parte da doente; permitiu a expressão de emoções como tristeza; abordou problemas sexuais e estratégias para melhorar a sua vida sexual. • Os resultados do estudo indicaram que a morbilidade psicológica foi consistentemente mais reduzida no grupo que recebeu cuidados da “<i>breast care nurse</i>”.
Ritz et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensaio que avaliou o efeito das intervenções implementadas pela “<i>advanced practice nurses</i>” sobre custo-benefício e a qualidade de vida das mulheres com diagnóstico de cancro de mama. • As 210 participantes foram selecionadas aleatoriamente para o grupo controlo (n=104) que receberam “<i>cuidados de enfermagem padrão</i>”. O grupo de intervenção (n=106) além dos “<i>cuidados de enfermagem padrão</i>”, obtiveram intervenções específicas pela “<i>advanced practice nurses</i>” com base no “<i>Brooten’s Cost-Quality Model</i>” e “<i>Oncology Nursing Society’s Standards of Advanced Practice in Oncology Nursing</i>”. • O contacto inicial da “<i>advanced practice nurses</i>” dirigido ao grupo de intervenção incluiu informação escrita e verbal sobre cancro de mama e apoio no processo de tomada de decisão. Nos contactos posteriores foram programadas consultas clínicas, por telefone e através de visitas domiciliarens com o intuito de reforçar a informação e proporcionar a continuidade da assistência de enfermagem. • Intervenções implementadas pela “<i>advanced practice nurses</i>”: discutir sobre a tomada de decisão; informar sobre complicações no pós-operatório; cuidados com o vestuário; prevenção linfedema/cuidados; reforçar o ensino sobre o autocuidado no pós-operatório; promover a recuperação (p. ex., fornecer prótese mamária); informar sobre os tratamentos adjuvantes; incidir sobre a gestão de sintomas; encaminhar para serviços sociais e grupos de apoio da comunidade. • Este estudo indicou que a intervenção fornecida pela enfermeira de prática avançada foi benéfica na redução dos níveis de incerteza da doença até seis meses após o diagnóstico, mas não são sustentadas além disso. • De acordo com os investigadores, estes resultados podem apoiar a implementação do suporte pela enfermeira de prática avançada para alguns indivíduos durante o ajuste inicial e nas etapas imediatamente após o diagnóstico de cancro.
Wengström et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • O estudo que avaliou o efeito do programa de intervenção de enfermagem estruturado (dirigido a doentes com patologia oncológica mamária a realizar radioterapia), sobre as habilidades de <i>coping</i> em comparação com mulheres que receberam cuidados de enfermagem “padrão”. • Participaram 134 mulheres de um total de 175, que concordaram em serem randomizadas para o grupo de intervenção (submetidos a “<i>intervenção de enfermagem estruturada</i>”), ou grupo de controlo (submetidos a “<i>cuidados de enfermagem padrão</i>”). • “<i>Intervenção de enfermagem estruturada</i>”: sessão individual adicional de 30 min; informação oral e escrita cognitiva sobre simulação e rotinas de tratamento; informação e ensino sobre radioterapia seus efeitos colaterais; avaliação das necessidades físicas, psicológicas, sociais e de autocuidado das participantes; apoio psicológico; desenvolvimento de estratégias para lidar com reações emocionais, como depressão, ansiedade e insegurança; educação e orientação do doente, de forma a alterar a própria imagem corporal e rever as rotinas da sua vida diária. • “<i>Cuidados de enfermagem padrão</i>”: sessão de informação sobre aspetos gerais do tratamento, rotinas e efeitos colaterais, sem uma avaliação sistemática das necessidades de cuidados de enfermagem. • Os resultados revelaram que as intervenções individuais destinadas a melhorar o potencial do <i>coping</i> não foram eficazes, mas os investigadores destacam o facto de que são necessárias abordagens diferentes. Este tipo de intervenção pode não ser necessário em todos os doentes, mas deve ser dirigida a mulheres em risco de desadaptação à sua nova condição de saúde.
Koinberg et al. (2004)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo que permitiu comparar os efeitos do acompanhamento norteado por uma enfermeira com outro profissional de saúde (um médico), após tratamento de cancro de mama, em relação ao bem-estar do doente, satisfação, acesso a cuidados médicos e de segurança médica. • As 264 mulheres selecionadas com cancro de mama recém-diagnosticado foram randomizadas para acompanhamento médico, o grupo médico (n=131), ou sob demanda de uma enfermeira especialista, o grupo enfermeira (n=133). • Uma enfermeira especialista na área de cancro de mama forneceu informações sobre reconhecer sinais e sintomas de possível recidiva, aspetos relacionados com autocuidado e aspetos psicossociais. • Não houve estatisticamente diferenças significativas entre os grupos acompanhados pelo médico oncologista e pela enfermeira especialista. Os autores referem que as mulheres com cancro de mama, podem ser acompanhadas por um enfermeiro especialista com grande satisfação por parte do doente e em boas condições de segurança médica.

Os autores verificaram que as intervenções psicossociais implementadas pela “*specialist breast care nurses*” em torno do diagnóstico precoce e tratamento podem afetar alguns componentes da qualidade de vida, tais como a ansiedade e o reconhecimento precoce de sintomas depressivos. No entanto, o seu impacto sobre os aspetos sociais e funcionais na trajetória da doença foi inconclusivo. Portanto, consideram que há evidência limitada neste momento para apoiar a eficácia das intervenções desempenhadas pela “*specialist breast care nurses*” no reconhecimento e gestão do sofrimento psíquico nas mulheres com cancro de mama.

Fillion e col. (2008) produziu um ensaio clínico randomizado controlado, com o objetivo de verificar a eficácia de uma **intervenção em grupo** que combina intervenções na **gestão de stresse**, na **área da psico-educação e atividade física** (variável independente), na redução da fadiga, na melhoria do nível de energia, na qualidade de vida (física e mental), na aptidão física e no stresse emocional (ou seja, variáveis dependentes) em mulheres sobreviventes de cancro de mama. As 87 mulheres que integraram o estudo foram aleatoriamente distribuídas pelo grupo de intervenção (grupo experimental) ou de cuidados habituais (grupo controlo). A intervenção foi organizada através de **quatro reuniões semanais de grupo com a duração de duas horas e meia e um contacto por telefone**. Uma hora foi dedicada à **supervisão da atividade física** (caminhada) por um fisioterapeuta ou um enfermeiro treinado, e uma hora e meia para a **sessão psicoeducativa que incluía sessões de gestão da fadiga/stresse**, conduzidas por dois enfermeiros especialistas em oncologia (quadro 18).

QUADRO 18: Intervenções referenciadas por Fillion e col. (2008)

PROGRAMA DE GESTÃO DE STRESSE	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver técnicas de relaxamento; adquirir conhecimento de estratégias eficazes de <i>coping</i>; descobrir ligações entre pensamentos, emoções e fadiga; melhorar técnicas de autorregulação (p. ex., estabelecimento de metas).
PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> • Inclui estratégias cognitivas que incidiam no reconhecimento dos benefícios do exercício e as comportamentais num programa de exercício físico individual; • Reforço por telefone realizado pela enfermeira com o objetivo de incentivar à realização de exercícios em casa.

O estudo concluiu que os participantes do grupo experimental mostraram uma melhoria relativa aos níveis de fadiga, energia e stress emocional em três meses de *follow-up*, bem como uma melhoria na qualidade de vida física comparativamente com o grupo de controlo.

Gümus e Çam (2008) no seu estudo quase-experimental implementaram um programa de intervenção de enfermagem, através de **sessões de entrevista individual intensiva** a 30 mulheres com diagnóstico recente de cancro de mama, tendo em atenção diversas áreas problemáticas no processo de adaptação à

doença: problemas emocionais; problemas domésticos; problemas sociais e ocupacionais; problemas com a imagem corporal e a vida sexual; problemas espirituais e de aceitação da condição de saúde e os problemas com o futuro.

As intervenções de enfermagem foram incluídas num programa específico com a realização de sete sessões de entrevista individual intensiva, uma vez por semana, durante uma hora e meia (quadro 19).

QUADRO 19: Intervenções referenciadas por Gümüş e Çam (2008)

1ª Sessão	• Apresentar o projeto e seus objetivos.
2ª Sessão	• Abordar os problemas emocionais, para encorajar verbalização de sentimentos; • Apoiar no desenvolvimento de métodos eficazes de <i>coping</i> .
3ª Sessão	• Incidir sobre os problemas domésticos, de forma a incentivar a verbalização dos seus problemas de foro familiar, para melhorar a comunicação e as interações dentro da família, e para apoiar a manter o processo de família.
4ª Sessão	• Incentivar a verbalização de problemas que o doente enfrenta diariamente na sua vida social e profissional, para fortalecer o seu apoio social e relacionamentos e ajudar a continuar as suas atividades diárias e ocupacionais.
5ª Sessão	• Focalização nos problemas de imagem corporal e da vida sexual, com o objetivo de encorajar a pessoa a falar sobre os seus problemas de ordem sexual e da imagem corporal, de forma a ajudar a lidar com as mudanças que ocorreram.
6ª Sessão	• Encorajar a doente abordar os seus problemas espirituais, ajudar a preencher o vazio que sente na sua identidade, nos seus valores e crenças e na identificação das suas fontes de força ou motivação.
7ª Sessão	• Aceitação do estado de saúde e problemas relacionados com o futuro, a mulher é encorajada a aceitar a sua situação clínica atual, a estabelecer metas e realizar escolhas que lhe permita alcançá-las.

Os autores concluíram que as intervenções de enfermagem ministradas promoveram uma melhoria no processo de adaptação psicossocial, no ambiente familiar, na relação sexual, nas relações interpessoais com a família, no ambiente social, e na diminuição do stresse psicológico, no entanto, não se evidenciaram alterações a nível da adaptação vocacional.

A National Health Service Cancer Screening Programmes (2008) definiu diretrizes clínicas que estabelecem as normas de boas práticas para a “*clinical nurse specialist*” que incluem informações sobre o seu papel na área da oncologia mamária, modalidades de garantia da qualidade e um protocolo para a avaliação do desempenho. A “*clinical nurse specialist*” constitui um membro da equipe multiprofissional e desempenha consultoria especializada em enfermagem, educação e apoio às mulheres e suas famílias, sendo diversos os elementos-chave das suas funções (quadro 20).

QUADRO 20: Funções da “*clinical nurse specialist*” referenciadas pela National Health Service Cancer Screening Programmes (2008)

<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer apoio relevante, informação, educação, assistência e aconselhamento quando necessário; • Fornecer informação sobre todos os aspetos do cancro de mama doença/mama e seu tratamento; • Manter as doentes informadas sobre as opções de tratamento e encorajá-las a tomar parte no processo de decisão; • Identificar necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais, e assegurar que a oferta adequada é feita; • Oferecer apoio psicológico e informação; • Avaliação física/psicológica/social de todas as mulheres atendidas e garantir que uma intervenção apropriada;
--

- Avaliar a necessidade da mulher para obter informações e oferecer informação verbal e escrita apropriada quando necessária;
- Discutir cuidados continuados e opções de tratamento com a doente e apoiar no processo de decisão;
- Contribuir para as discussões na equipe multiprofissional sobre o cuidado permanente da mulher.

A prestação de cuidados de enfermagem e suporte técnico é dependente de uma “*clinical nurse specialist*” adequadamente formada, cujos conhecimentos e habilidades são continuamente atualizadas. O cuidado de enfermagem deve ser baseada em evidências e aberto a uma revisão periódica para garantir que os altos padrões da prática profissional são alcançados e mantidos.

Malak e Gümus (2009) desenvolveram um artigo de opinião onde defendem que as intervenções de enfermagem podem afetar a adaptação física, psicológica e social das doentes com cancro de mama e ajudar a prevenir e controlar sintomas como a depressão e ansiedade. De salientar que, o bem-estar físico e psicológico têm um efeito benéfico ao nível da saúde e da qualidade de vida. Os autores definiram assim uma lista de intervenções promotoras de adaptação física, psicológica e social (quadro 21).

QUADRO 21: Intervenções referenciadas por Malak e Gümus (2009)

<p>INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ADAPTAÇÃO FÍSICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informação sobre as mudanças no estilo de vida, tais como o aumento do consumo de vegetais e frutas, comer os alimentos que fortalecem o sistema imunitário, abstendo-se de fumar e beber álcool; • Incentivar a realizar exercícios e caminhar; • Planear o tempo de sono e descanso, fazer ioga e meditação; • Ensinar os exercícios pós cirurgia que permitem a prevenção de linfedema e linfagite; • Agendar consultas para a prevenção e gestão dos efeitos adversos dos tratamentos médicos; • Incentivar a manter os seus tratamentos e controlos regulares.
<p>INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as perceções e reações emocionais da mulher e família, em relação ao cancro de mama; • Encorajar a mudar as suas atitudes e o valor que atribuem ao cancro; • Incentivar a fazer planos para o futuro. • Encorajar as mulheres e suas famílias a frequentar grupos de apoio; • Instruir as mulheres e suas famílias sobre habilidades para a resolução de problemas; • Agendar consultas para dissipar incertezas, fornecer apoio de forma estimular o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> adaptativo em cada fase de diagnóstico e tratamento; • Fornecer suporte em cada fase de perda e luto (tais como choque, raiva, negação, culpa, desacreditação, negociação e aceitação); • Ajudar a mulher a lidar com conceitos abstratos como a mudança da imagem corporal, a diminuição da atividade sexual e perda do desejo sexual, isolamento social, ansiedade, medo, depressão, dor fantasma; • Assegurar que as doentes dispõem de informação sobre reconstrução mamária, prótese capilar e mamária, uso de chapéus e lenços; • Detetar problemas sexuais que podem surgir entre os cônjuges e promover comunicação entre eles; • Definir passatempos dirigidos para terapias ocupacionais.
<p>INTERVENÇÕES PROMOTORAS DE ADAPTAÇÃO SOCIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar o apoio social fornecido e ampliá-lo; • Identificar fatores que possam ser considerados fardos para a família e aliviá-los; • Deve assegurar-se que as mulheres continuam a sua vida normal, tanto quanto possível no seu ambiente.

Segundo os autores supraditos, o enfermeiro apoia a adaptação da mulher com cancro de mama sem danificar a sua integridade física, psicológica e social, e coloca suas habilidades em ação, a fim de assegurar a sua adaptação. Como resultado disto, o enfermeiro pode evitar a depressão das mulheres, sendo a ansiedade e a qualidade de vida melhoradas.

O estudo randomizado e controlado do Yoo, Lee e Yoon (2009) teve como objetivo analisar os efeitos de uma **intervenção de enfermagem cognitivo-comportamental** sobre a ansiedade e depressão em doentes com cancro de mama sob tratamento radioterápico. A terapia cognitiva-comportamental é uma linha de psicoterapia breve, que envolve um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas com a finalidade de mudança de padrões de pensamento. Dos 71 participantes no estudo, o grupo experimental foi composto por 35 mulheres tendo sido submetidas a uma intervenção de enfermagem cognitivo-comportamental de seis semanas (quadro 22).

QUADRO 22: Intervenções referenciadas por Yoo, Lee e Yoon (2009)

1ª Semana	• Educação para a saúde sobre cancro da mama e radioterapia e exercícios de reabilitação com avaliação da flexibilidade dos membros superiores e posteriormente a prática de exercícios corretivos.
2ª Semana	• Reestruturação cognitiva (classificação do pensamento irracional e racional) e a necessidade de gestão do linfedema e de exercícios corretivos das extremidades superiores.
3ª Semana	• Reestruturação cognitiva (classificação de emoções próprias e impróprias) e a terapia dietética na prevenção do cancro da mama e outros cuidados.
4ª Semana	• Reestruturação cognitiva (compreensão do significado de contestar/refutar/refutação).
5ª Semana	• Reestruturação cognitiva (transformação da crença irracional na crença racional através do efeito de refutação).
6ª e 7ª Semana	• Estimularam as participantes a aplicar os conhecimentos compreendidos nas sessões anteriores.

Após a intervenção, o grupo experimental apresentou níveis significativamente mais baixos de ansiedade e depressão do que o grupo de controlo. Os resultados deste estudo mostraram que a terapia cognitivo-comportamental aplicada por enfermeiros é muito eficaz na diminuição da ansiedade e da depressão nos doentes com cancro da mama. Portanto, este tipo de intervenção de enfermagem deve ser considerado. Mais pesquisas justificariam a sua futura aplicação clínica em enfermagem.

Perante a análise narrativa da revisão da literatura constatámos a presença de diversas **áreas temáticas** no âmbito das “*intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*” (quadro 23).

QUADRO 23: Áreas temáticas referenciadas na revisão da literatura

ÁREAS TEMÁTICAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Apoio espiritual; • Atividade física; • Atividades sociais e comunitárias; • Autocuidado; • Complicações dos tratamentos; • Comportamento interativo; • Consultas telefónicas e domiciliárias; • <i>Coping</i>; • Crenças; • Dispositivos de adaptação; • Dor; • Emoções; • Equipe multiprofissional; • Esperança; • Estabelecer metas e prioridades; • Estratégias para prevenir e minimizar os efeitos secundários; • Exercícios de reabilitação; • <i>Follow-up</i>; 	<ul style="list-style-type: none"> • Fontes de motivação; • Grupos de apoio; • Imagem corporal; • Linfedema; • Mudança de papéis (doente/família); • Plano de cuidados (doente/família); • Processo de doença (doente/família); • Processo de tomada de decisão (doente/família); • Reconstrução mamária; • Recursos educativos; • Regime dietético; • Regime medicamentoso (quimioterapia; radioterapia; hormonoterapia); • Sexualidade; • Técnicas de distração; • Técnicas de relaxamento.

De acordo com as áreas temáticas mencionadas pelos diversos autores, verificamos que das **59 intervenções identificadas no estudo I (Anexo V)**, a revisão da literatura possibilitou a **validação de 46 intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica**, como podemos observar no quadro seguinte.

QUADRO 24: Intervenções de enfermagem validadas através da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados (n)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
1. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (p. ex., roupas, próteses ou cosméticos).	5
2. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	2
3. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.	1
4. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	1
5. Apoiar a pessoa a gerir emoções.	10
6. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes.	6
7. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	1
8. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.	5
9. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	1
10. Encorajar a expressão de emoções.	7
11. Encorajar atividades sociais/comunitárias.	1
12. Encorajar comportamento interativo (<i>com membros da família ou pessoas significativas</i>).	2
13. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	6
14. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	4
15. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.	1
16. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.	2
17. Ensinar sobre o regime dietético.	2
18. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	5
19. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	3
20. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	4

21. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no plano de cuidados.	2
22. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gestão da doença.	1
23. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de <i>mudanças</i> de papéis.	1
24. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).	4
25. Facilitar a participação da família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de tomada de decisão.	2
26. Incentivar a adoção de estratégias de <i>coping</i> eficazes.	6
27. Incentivar a autonomia no autocuidado.	1
28. Incentivar apoio espiritual (p. ex., meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).	3
29. Incentivar atividade física.	5
30. Incentivar mudanças no estilo de vida.	2
31. Incentivar o recurso a técnicas de distração.	3
32. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	5
33. Incentivar pessoa a procurar <i>fontes</i> de motivação.	1
34. Informar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	2
35. Informar a pessoa sobre o processo de dor.	1
36. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).	4
37. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	4
38. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	10
39. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	5
40. Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	3
41. Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	10
42. Planear consultas (presenciais ou telefônicas).	5
43. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).	7
44. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	5
45. Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	3
46. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	3

Perante o exposto, constatámos o predomínio de determinadas intervenções de enfermagem, tendo em conta o número de artigos referenciados, por exemplo: “Apoiar a pessoa a gerir emoções”; “Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)”; “Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar)”; “Encorajar a expressão de emoções”; “Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos)”; “Apoiar a pessoa a identificar estratégias de *coping* eficazes”; “Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)”. Estas intervenções emergem centradas:

- Na **informação**, que demonstra que o aumento do conhecimento acerca da doença e tratamento reduz a ansiedade, diminui os níveis de stresse, promovendo condições favoráveis para uma melhor adaptação;

- No **ensino**, com o desenvolvimento de habilidades na gestão dos efeitos colaterais constituindo uma ação basilar para uma evolução favorável no controlo do processo de doença;
- No **suporte emocional**, que faculta o reconhecimento e expressão de sentimentos, permitindo assim intervir sobre os problemas emocionais que surgem face a uma doença com um impacto devastador;
- No **encaminhamento para terapias de grupo**, que conduz a melhorias significativas no estado emocional, na qualidade de vida, na promoção de suporte social e na adaptação à doença.

A revisão da literatura além de ter possibilitado validar diversas intervenções já anteriormente evidenciadas no estudo prévio, permitiu **identificar e acrescentar ao programa de intervenção, mais 12 intervenções de enfermagem**, relacionadas com o fenómeno em estudo, dando ênfase às seguintes áreas de intervenção: a sexualidade; o linfedema; as estratégias para melhorar a vida sexual; o autocuidado; o plano de cuidados; o *follow-up*; a reconstrução mamária; e as visitas domiciliárias. De acordo com as temáticas enunciadas, foram delineadas as intervenções de acordo com a linguagem CIPE[®], estando descritas no quadro 25.

QUADRO 25: Intervenções de enfermagem resultantes da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados (n).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
1. Encorajar a pessoa a falar sobre a sua sexualidade (p. ex., diminuição atividade sexual/libido).	4
2. Ensinar estratégias para diminuir o linfedema.	4
3. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	4
4. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	1
5. Envolver a pessoa no plano de cuidados.	1
6. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	3
7. Informar sobre a importância da realização de exames no follow-up (autoexame, mamografia, ecografia).	2
8. Informar sobre reconstrução mamária.	2
9. Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)	1
10. Planear visitas domiciliárias.	2
11. Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	1
12. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	1

Consideramos imensurável o contributo da realização da presente revisão da literatura, que permitiu a convergência de dados anteriormente organizados/sistematizados e enunciar novas evidências relativamente às intervenções de enfermagem que potenciam uma melhor adaptação da mulher à doença oncológica mamária, enriquecendo assim o desenvolvimento do programa de intervenção neste campo de ação.

4. ESTUDO III: ANÁLISE DOCUMENTAL

4.1. Enquadramento Metodológico

O investigador ao delinear a sua estratégia de recolha de dados assume decisões relevantes ao determinar o tipo de instrumento de medida que melhor se adequa ao objetivo e finalidade do estudo. A opção do método de colheita dos dados depende do tipo de investigação, do tipo de fenómeno ou de variável a medir e dos instrumentos disponíveis (Fortin, 2009).

A documentação além de prestar um bom serviço à investigação, constitui uma fonte adicional de informações, permitindo ao investigador familiarizar-se com a história de um grupo social, com a sua cultura, com a sua organização ou com os acontecimentos importantes ligados à investigação, e reveste-se de diversas formas entre as quais o recurso ao processo clínico do doente (Fortin, 2009).

A revisão de registos consiste no exame de documentação existente e fornece informação pertinente para a análise de discurso, e baseia-se em documentação pessoal, diários, gravações orais ou por imagem, atas de reuniões, ou seja, em qualquer documento que constitua registo de informação (Ribeiro, 2010).

“Registar é, além de documentar, uma forma de comunicar, estabelecendo por escrito as ocorrências clínicas do paciente, as assistências executadas, os problemas reais e potenciais identificados, bem como as medidas implementadas” (Possari, 2007, p. 65).

A análise documental dos registos de enfermagem constituiu um método de recolha de dados pertinente neste trabalho de investigação, com o pressuposto de identificar as intervenções documentadas pelos enfermeiros durante o acompanhamento do processo de doença vivenciado pelas mulheres com cancro de mama.

Na seleção dos processos clínicos para procedermos à sua análise documental, optámos pela técnica de amostragem probabilística que se baseia em constituir

uma amostra escolhendo ao acaso um certo número de indivíduos, em que todos os elementos da população têm igual possibilidade de fazerem parte da amostra, segundo uma probabilidade conhecida e não nula, com a vantagem de reduzir o erro de amostragem e de aumentar a representatividade (Fortin, 2009).

Este método requer uma lista de potenciais participantes, e a esta listagem que contém os nomes de todos os indivíduos da população alvo designa-se de plano amostral (Fortin, 2009). Assim, todas as mulheres com diagnóstico de cancro de mama inscritas na instituição alvo do nosso estudo no ano de 2012 constituíram a população acessível, e a lista dos processos clínicos dessas utentes admitidas entre 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2012 compõem o plano amostral, permitindo que todas as mulheres tenham a mesma possibilidade de fazerem parte da amostra. Nesta lista, foi atribuído um número de identificação a cada processo clínico, e posteriormente com o recurso a uma tabela de números aleatórios (Anexo VI), que compreende uma matriz de números que surgem numa ordem predeterminada, foram selecionados um conjunto de números que representam os indivíduos num total de **500 processos clínicos**, numa população acessível de 1071 processos.

A opção por este período de recolha de dados entre 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2012 prendeu-se com o facto de abarcar os diferentes momentos experienciados por este grupo específico de doentes, desde a fase de diagnóstico, a fase cirúrgica, a fase de tratamento adjuvante e o *follow-up*. Com isto queremos dizer que, se incidíssemos num período maior de tempo, poderiam surgir casos clínicos contemplando apenas uma fase do processo de doença, por exemplo, a fase de diagnóstico, não permitindo analisar o processo como um todo, mas apenas uma parte dele. Portanto, este preceito permitiu recolher dados mais ricos e completos no que concerne às intervenções de enfermagem implementadas nas diferentes fases.

“A população em estudo define-se por critérios de inclusão. Estes correspondem às características específicas essenciais dos elementos da população. Assim para obter uma amostra o mais homogénea possível, determina-se com a ajuda de critérios as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra (...). Paralelamente os critérios de exclusão servem para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra” (Fortin, 2009, p. 311).

Para a análise documental, foram incluídos apenas processos clínicos de mulheres com diagnóstico de cancro de mama admitidas na instituição de saúde no período de tempo anteriormente referido, e excluídos os processos clínicos referentes a mulheres portadoras de alterações mamárias sem malignidade.

“A recolha de documentos é uma etapa no método de análise de documentos. Estes não oferecem suficiente informação para os complexos problemas das investigações, se não forem organizados e manipulados” (Calado e Ferreira, 2005, pág. 7). Perante este facto, a estratégia delineada para procedermos a uma colheita de dados sistemática, consistiu na elaboração de um guião de análise documental (Anexo VII) que permitiu a transcrição e análise metódica das diversas intervenções de enfermagem contempladas em cada fase “chave” do processo de doença, ou seja: a fase de diagnóstico, a fase do tratamento cirúrgico, a fase do tratamento adjuvante e a de *follow-up*.

Selecionados os **500 processos clínicos** com recurso à tabela de números aleatórios, procedemos à apreciação inicial de cada processo de acordo com a ordem preestabelecida da matriz, verificando se cumpriam os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, visto que a listagem fornecida apenas se referia ao número do processo sem especificar a situação clínica, sendo os processos incluídos no estudo conforme a sua análise individual. Após a análise dos primeiros **130 processos clínicos**, dos quais foram **incluídos 100** e **excluídos 30** processos de acordo com os critérios preestabelecidos, verificámos que não emergiam novas intervenções de enfermagem registadas pelos enfermeiros, sendo apenas incrementada a frequência com que as mesmas eram enunciadas.

“A saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações numa pesquisa não altera a compreensão do fenómeno estudado. (...) No uso prático do critério de saturação os objetos de estudo são investigados nas suas propriedades até ao surgimento de um ponto de saturação. O investigador identifica os tipos de resposta e anota as repetições. Quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema é registado, atingiu-se o ponto de saturação” (Thiry-Cherques, 2009, p. 23).

Logo, perante o facto de não surgirem dados novos nos registos de enfermagem relativamente às intervenções relacionadas com a área em estudo, verificando assim uma saturação dos dados, optámos por reduzir o número de processos para análise inicialmente estabelecida, para cem.

A análise documental tornou-se uma técnica particular de recolha de dados empíricos quando se desenvolve de modo a considerar os documentos escritos como verdadeiros factos da realidade clínica. É também neste sentido que entendemos a pesquisa documental neste trabalho de investigação. Combinada complementarmente com outras técnicas de investigação alimentámos a convicção de que poderia efetivamente suscitar novos dados ou sustentar os dados obtidos.

4.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados

Calado e Ferreira (2005) defendem que uma das primeiras tarefas a que o investigador deve submeter os dados é efetuar a sua separação em unidades relevantes e significativas. A identificação e classificação das unidades consiste em examinar as unidades de dados de modo a encontrar nelas determinadas componentes temáticas que permitam ao investigador classificá-las numa determinada categoria de conteúdo. Assim, a categorização torna possível classificar conceptualmente as unidades que abordam o mesmo tópico. As categorias podem referir-se a situações e contextos, atividades e acontecimentos, relações entre pessoas, comportamentos, opiniões, métodos e estratégias.

As autoras supramencionadas referem que a análise pressupõe um processo de redução de dados, ou seja, parte-se de um conjunto amplo e complexo de dados para chegar a elementos manipuláveis que permitam estabelecer relações e obter conclusões, sendo a categorização e a codificação, os processos mais representativos.

Como referido anteriormente, para a categorização das intervenções de enfermagem relativas ao fenómeno em estudo, nós partimos de um conjunto de registos vastos e complexos, em que o recurso ao guião da análise documental, que contempla as diferentes etapas do processo de doença, permitiu determinar diversas áreas temáticas relevantes.

Na **fase de diagnóstico** foram incluídas todas as intervenções registadas pelos enfermeiros na primeira consulta de enfermagem aquando a admissão e após consulta com o cirurgião, no momento em que é realizada a biópsia mamária, na consulta de enfermagem após a consulta de grupo cirúrgico, na consulta de enfermagem pré-operatória e na consulta de enfermagem de anestesia.

No quadro seguinte verificámos que as intervenções registadas pelos enfermeiros com maior frequência são essencialmente intervenções de **suporte informativo**, sendo referidos diversos pontos de interesse relacionados com o processo de doença, entre os quais se destaca: **biópsia mamária; cuidados a ter pós-biópsia; exames de estudo pré-operatório e consulta de grupo cirúrgico; tipo de cirurgia; procedimentos anestésicos e protocolo de internamento**. Nestas premissas e ainda em concordância com os estudos encontrados constatámos a relevância atribuída pela equipe de enfermagem à informação e ao esclarecimento sobre o processo de doença (National Breast Cancer Centre, 2000;

Fukui et al., 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman et al., 2005; Zabalegui et al., 2005; Liu et al., 2006; Sandgren e McCaul, 2007; Cruickshank et al., 2008; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008; Yoo, Lee e Yoon, 2009).

QUADRO 26: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de diagnóstico, com a descrição da frequência dos registos (n)

ÁREAS TEMÁTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
PROCESSO DE DOENÇA	• Informada sobre tipo de cirurgia	90
	• Informada sobre procedimentos relativos à anestesia e ao internamento	83
	• Informada sobre cuidados a ter pós-biópsia	61
	• Explicado procedimento relativo a biópsia mamária	29
	• Explicados procedimentos sobre exames de estudo pré-operatório e consulta de grupo cirúrgico	24
RECURSOS EDUCATIVOS	• Entregue folhetos informativos sobre a anestesia e o internamento	80
	• Entregue “guia do utente”	78
	• Entregue folheto informativo sobre tipo de cirurgia	75
	• Entregue folheto informativo sobre cuidados pós-biopsia	67
FAMÍLIA E O PROCESSO DE DOENÇA	• Entregue folheto informativo sobre administração enoxaparina	13
	• Informado o familiar sobre tipo de cirurgia	11
	• Explicados procedimentos ao familiar sobre exames de estudo pré-operatório e consulta de grupo cirúrgico	5
REGIME MEDICAMENTOSO	• Explicado a administração de enoxaparina	13
APOIO EMOCIONAL	• Dado apoio emocional	7

Este tipo de informação pode também ser fornecido sob a forma de material educativo, como por exemplo, através de um guia ou folheto informativo, que apresenta uma frequência de registo documental considerável, sendo o conteúdo abordado nesses panfletos relativos essencialmente: **à especificidade dos cuidados oncológicos (“guia do utente”); aos cuidados pós-biópsia; ao tipo de cirurgia; administração de terapêutica (p. ex., heparinas de baixo peso molecular) e sobre os cuidados relacionados com os procedimentos anestésicos e com o internamento.**

O **suporte educacional** surge com o ensino desenvolvido pelos enfermeiros acerca do regime medicamentoso, nesta fase específica a administração da heparina de baixo peso molecular na preparação para a cirurgia, que exige um papel ativo e de colaboração da pessoa no planeamento e implementação do seu regime terapêutico. Machado (2009) no seu estudo aborda dois tipos de intervenções para melhorar a adesão terapêutica, as intervenções educacionais e comportamentais, em que as intervenções de enfermagem educacionais são fundamentalmente no âmbito do educar, ensinar, instruir e treinar.

Liu e col. (2006) defendem que as intervenções de enfermagem num contacto inicial devem incluir, entre outras, a abordagem às rotinas do pré e pós-cirúrgico,

informações sobre o tipo de cirurgia e o fornecimento de um panfleto sobre cancro de mama, intervenções essas que contribuem para a melhoria do suporte social e a redução da ansiedade em doentes com cancro de mama.

Os mesmos autores destacam ainda a importância do apoio emocional e psicológico durante a fase inicial de contacto com a doente. Esta intervenção foi também referenciada pelos enfermeiros nos registos analisados, especificadamente descrito como *“Dado apoio emocional”*. A equipe de enfermagem deve ajudar a doente a lidar com os efeitos, tanto físicos, quanto emocionais da cirurgia, sendo que muitos medos podem surgir durante a fase pré-operatória (Smeltzer et al., 2011).

De relevar, o suporte fornecido à família nesta etapa, em que os enfermeiros promovem o envolvimento familiar, através do fornecimento de informação sobre os exames de estudo pré-operatório, a consulta de grupo cirúrgico e o tipo de cirurgia. Em consonância, a National Breast Cancer Center (2000) recomenda que a equipa de enfermagem promova a inclusão da família desde a primeira etapa do processo experienciado pela mulher com cancro de mama.

A **fase de tratamento cirúrgico** compreende as intervenções registadas pelos enfermeiros no serviço de internamento cirúrgico e no período pós-operatório tardio no ambulatório (sala de tratamentos da Clínica de Mama). Nesta etapa do processo de doença, verificámos novamente que as intervenções preponderantes são as intervenções relativas ao **suporte informativo sobre os cuidados pré-operatórios e pós-operatórios** e ao **suporte educacional** relativamente: às **estratégias para prevenir complicações no domicílio; ao controlo da dor (toma de analgesia); ao regime medicamentoso (administração enoxaparina)** e aos **exercícios de reabilitação**, como podemos observar no quadro seguinte (quadro 27).

QUADRO 27: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase cirúrgica, com a descrição da frequência dos registos (n)

ÁREAS TEMÁTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES	• Explicados cuidados domiciliários: vigilância de perdas hemáticas ou sinais inflamatórios, integridade dos pensos, presença de seroma, evitar esforços com o membro superior do lado operado (Internamento)	49
	• Explicados cuidados domiciliários para prevenção de seroma (Clínica de Mama)	16
	• Reforçados cuidados de hidratação da cicatriz (Clínica de Mama)	8
PROCESSO DE DOENÇA	• Informada sobre cuidados pré-operatórios	28
	• Informada sobre cuidados pós-operatórios	27
DOR	• Explicada a toma de analgesia	49
APOIO EMOCIONAL	• Fornecido apoio emocional especial	31
EXERCÍCIOS DE REABILITAÇÃO	• Reforçados exercícios para mobilização do membro	12

REGIME MEDICAMENTOSO	• Explicado administração de enoxaparina	11
DISPOSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	• Incentivada a utilizar soutien	1
IMAGEM CORPORAL	• Incentivada a olhar para o local de mastectomia	1
ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS	• Encaminhada para consulta psiquiatria • Encaminhada para serviço social	1 1

Como evidencia a bibliografia consultada, as intervenções de enfermagem para o suporte e cuidado das doentes com cancro de mama relacionadas com o processo de doença, incluem informar sobre rotinas relativas ao pré e pós-operatório, tipo de cirurgia, ferida operatória, sintomas frequentes pós-cirurgia, como por exemplo, parestesias do membro superior do lado afetado (Cruickshank et al., 2008).

Verificámos assim, que as intervenções de enfermagem registadas com maior frequência no período pós-operatório estão relacionadas com a educação para o controlo e prevenção de complicações pós cirúrgicas. Jennings-Sanders e col. (2005) salientam a vigilância da ferida operatória, da amplitude de movimentos dos membros superiores entre outras, como intervenções fundamentais para a evolução favorável no período pós-operatório. Cruickshank e col. (2008) e a National Breast Cancer Centre (2000) destacam a importância de explicar os cuidados a ter relativamente à ferida cirúrgica, cicatrização e possíveis complicações.

De salientar que nesta fase do tratamento surgem intervenções relacionadas com alteração da imagem corporal, *“Incentivada a doente a olhar para o local de mastectomia”*, e o recurso a dispositivos de adaptação *“Incentivada a doente a utilizar soutien”*. Segundo Smeltzer e col. (2011) o ideal é a mulher mastectomizada olhar a incisão pela primeira vez quando está com a enfermeira que esteja disponível para o apoio, promovendo assim o reconhecimento e a expressão dos seus sentimentos, que representam ações importantes de enfermagem. Além disso, os mesmos autores destacam a relevância de fornecer um molde de mama temporário para colocar no seu soutien no momento da alta podendo ajudar a aliviar sentimentos de desconforto.

Ainda foram referidas nesta fase do processo, intervenções de enfermagem direcionadas para a técnica de exercícios do membro superior afetado, exemplo *“Reforçados exercícios para mobilização do membro”*. Malak e Gümüs (2009) e Liu et al. (2006) defendem a importância de incidir nas intervenções promotoras de adaptação física, em que é fundamental o ensino sobre os exercícios pós-cirurgia que permitem a prevenção de linfedema e linfagite, promovendo a reabilitação da

mulher com cancro de mama. O linfedema do membro superior é a complicação mais frequente da mastectomia. A sua elevada prevalência e a gravidade de algumas das suas sequelas tornam imperiosa a otimização da intervenção terapêutica (Veiros, Nunes e Martins, 2007).

O recurso a outros profissionais de saúde foi referenciado nesta fase de tratamento, e de acordo com Smeltzer e col. (2011) prover a doente de informações sobre o plano de tratamento e referi-la para os membros adequados da equipe de saúde, promove a adoção de estratégias de *coping* positivas (ou adaptativas) durante a recuperação.

De ressaltar ainda, o aumento da frequência de registo documental relativa ao suporte emocional fornecido neste momento do processo de doença, comparativamente com a fase de diagnóstico. Prover a mulher com expectativas realistas sobre o processo de doença e de cura e sobre a recuperação esperada pode ajudar a aliviar os medos (Smeltzer et al., 2011).

Na fase de tratamento adjuvante com quimioterapia foram incluídas as intervenções de enfermagem registadas no momento que antecede e após a colocação do cateter venoso central, na consulta de enfermagem no ambulatório (Clínica de mama) realizada antes do primeiro tratamento com quimioterapia, e no Hospital de dia.

Novamente as intervenções registadas com maior frequência pelos enfermeiros centram-se no suporte informativo sobre o tratamento de quimioterapia, periodicidade, número de ciclos, efeitos secundários e a colocação de cateter venoso central e no suporte educacional, sendo mencionados os aspetos relacionados com o regime medicamentoso e medidas para prevenir e minimizar efeitos secundários, quer por informação verbal, quer por meios educativos de suporte em papel (quadro 28).

QUADRO 28: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com quimioterapia, com a descrição da frequência dos registos (n)

ÁREAS TEMÁTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
PROCESSO DE DOENÇA	• Explicado o tratamento de quimioterapia, periodicidade, número de ciclos	99
	• Explicado procedimento: colocação de cateter venoso central	34
RECURSOS EDUCATIVOS	• Entregue guia de orientação do Hospital de dia	51
	• Entregue folheto informativo sobre colocação de cateter venoso central	38
	• Entregue “guia de conselhos práticos”	24
	• Entregue folheto informativo relativo à quimioterapia	13
ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS	• Explicadas medidas para prevenir os efeitos secundários	56
	• Explicados cuidados domiciliários pós colocação de cateter venoso central: vigilância de sinais de sangue/serosidade no penso, cuidados a ter com o cateter venoso central, limitação da atividade no membro superior do lado do cateter venoso central.	29

EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO	• Informada sobre os efeitos secundários da terapêutica	56
ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR EFEITOS SECUNDÁRIOS	• Explicadas medidas para minimizar os efeitos secundários	56
DISPOSITIVOS DE ADAPTAÇÃO	• Informada sobre prótese capilar e mamária, locais onde a adquirir e alternativas	44
REGIME MEDICAMENTOSO	• Esclarecida sobre toma de pré-medicação	20
	• Explicado a administração de fatores de crescimento	9
	• Explicado a toma de medicação de suporte no domicílio	8
FAMÍLIA E REGIME MEDICAMENTOSO	• Incluir a família no regime terapêutico	15
	• Explicado a administração de fatores de crescimento ao familiar	9
APOIO EMOCIONAL	• Fornecido suporte emocional	12
ATIVIDADE FÍSICA	• Estimulada atividade física	1

No início dos tratamentos adjuvantes, Liu e col. (2006) sugerem o fornecimento de um panfleto sobre a natureza, duração e os possíveis efeitos colaterais da quimioterapia, facto também verificado com destaque na análise documental.

Smeltzer e col. (2011) mencionam que os enfermeiros desempenham um papel importante ao ajudar as doentes a gerir as sequelas físicas e psicossociais da quimioterapia, ou seja, orientar sobre o uso de antieméticos e rever o esquema de dosagem ótimo, pode ajudar a minimizar náuseas e os vômitos. Sandgren e McCaul (2007) corroboram o anteriormente referido, adiantando que o suporte educacional fornecido às doentes deverá apreender a compreensão dos tratamentos e a gestão dos efeitos colaterais.

De ressaltar, que nesta fase de tratamento, a abordagem por parte dos enfermeiros relativamente aos dispositivos de adaptação, *“Informada sobre prótese capilar e mamária e locais onde a adquirir e alternativas”*, sendo importante ajudar a mulher a lidar com aspetos relacionados com a mudança da imagem corporal, assegurando que as doentes dispõem de informação sobre prótese capilar e mamária, uso de chapéus e lenços (Malak e Gümüs, 2009).

Nesta etapa de tratamento mantem-se o suporte emocional e surge a necessidade do envolvimento da família no regime medicamentoso. Algumas doentes podem precisar de fatores de crescimento hematopoéticos para minimizar os efeitos da neutropenia e anemia induzidas pela quimioterapia, desta forma o enfermeiro deve instruir a doente e a família sobre a técnica de injeção apropriada (Smeltzer et al., 2011). As intervenções educativas que envolvam os doentes, os seus familiares ou os seus cuidadores informais, têm-se revelado eficazes na adesão ao regime terapêutico. Para além disso, a comunicação entre os profissionais de saúde e o doente é um ponto fulcral, que se tem mostrado eficaz para o impulsionar a seguir um regime de tratamento (Osterberg e Blaschke, 2005).

A fase de tratamento com radioterapia inclui as intervenções registadas pelos enfermeiros, na consulta de enfermagem que antecede o início do tratamento e as consultas realizadas após o tratamento.

No quadro seguinte, podemos verificar que as intervenções que os enfermeiros salientam com maior relevância são intervenções no sentido da educação relativamente: aos cuidados domiciliários pós radioterapia, inerentes à zona irradiada e eventuais complicações do tratamento (quadro 29). Cruickshank e col. (2008) afirmam que a informação individual e educação sobre a radioterapia e seus efeitos colaterais devem ser reforçadas durante o tratamento e período de acompanhamento.

QUADRO 29: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com radioterapia, com a descrição da frequência dos registos (n)

ÁREAS TEMÁTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES	• Explicados cuidados domiciliários pós radioterapia inerentes à zona irradiada	47
	• Explicados cuidados inerentes à radioterapia e zona irradiada	3
COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO	• Informada sobre eventuais complicações	21
ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS PROFISSIONAIS	• Encaminhada a doente para consulta de Medicina Física e de Reabilitação	9
PROCESSO DE DOENÇA	• Informada sobre tratamento de radioterapia	8
RECURSOS EDUCATIVOS	• Entregue folheto “rotinas do serviço”	6
APOIO EMOCIONAL	• Fornecido apoio emocional	4

Outro facto também constante em cada fase de acompanhamento consiste no recurso a material educativo, por exemplo “Entregue folheto “rotinas do serviço”. Liu e col. (2006) consolidam no seu estudo o interesse em fornecer um panfleto sobre a natureza, duração e os possíveis efeitos colaterais da radioterapia.

De realçar nesta etapa de tratamento, a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde, neste caso específico o recurso à medicina física e de reabilitação. Duarte (2010) refere existir uma alta prevalência de complicações músculo-esqueléticas nas mulheres com cancro de mama. A fisioterapia apresenta-se como a primeira escolha para a resolução dessas complicações. O mesmo autor considera que para a realização dos tratamentos de radioterapia será necessário a doente ter amplitudes de abdução de 90° e rotação externa. O apoio precoce da fisioterapia permite que não seja dolorosa a posição de tratamento de radioterapia, evitando que o início dos tratamentos seja adiado por impossibilidade de posicionamento. Torna-se por isso fundamental a identificação precoce destas situações e a equipe de enfermagem desempenha um papel preponderante neste reconhecimento.

Na fase de tratamento adjuvante com hormonoterapia estão incluídas todas as intervenções registadas nas consultas de enfermagem que antecedem o início do tratamento hormonal. Nesta fase do processo de doença, tal como sucede nas restantes etapas, as intervenções de enfermagem incidem sobre informação relativamente aos **objetivos e efeitos secundários da terapêutica** e o suporte educacional que incide sobre o **regime medicamentoso**, as **estratégias para controlar e prevenir os efeitos**, como podemos constatar no quadro seguinte (quadro 30).

QUADRO 30: Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com hormonoterapia, com a descrição da frequência dos registos (n)

ÁREAS TEMÁTICAS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
PROCESSO DE DOENÇA	• Informada sobre os objetivos da hormonoterapia	42
COMPLICAÇÕES DO TRATAMENTO	• Informada sobre os efeitos secundários da hormonoterapia	42
REGIME MEDICAMENTOSO	• Explicada a posologia da medicação	34
ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR EFEITOS SECUNDÁRIOS	• Explicadas estratégias para prevenir os efeitos secundários	25
ESTRATÉGIAS PARA MINIMIZAR EFEITOS SECUNDÁRIOS	• Explicadas estratégias para controlar os efeitos secundários	25
RECURSOS EDUCATIVOS	• Entregue anexo informativo	14
APOIO EMOCIONAL	• Prestado apoio emocional	3

Cruickshank e colaboradores (2008) referem que em caso de tratamento adjuvante é relevante informar as doentes sobre a especificidade do tratamento, a duração do mesmo e os efeitos colaterais.

O suporte emocional encontra-se também presente em todas as etapas do processo de doença, incluindo nesta fase com a expressão “*Prestado apoio emocional*”. Smeltzer e col. (2011), consideram que a função de enfermagem implica ajudar a doente a lidar com os efeitos emocionais dos tratamentos, encarando como fundamental promover expectativas concretas sobre cada tratamento, bem como sobre os resultados esperados.

Podemos assim concluir que, as intervenções mais referenciadas e registadas pelos enfermeiros desde a fase de diagnóstico até à fase de tratamentos adjuvantes, quer por comunicação direta, quer em formato de material educativo através do fornecimento de guias e panfletos informativos, surgem no âmbito do **suporte informativo, relacionadas com o processo de doença**, e do **suporte educacional, incidindo sobre prevenção de complicações/efeitos secundários**.

Ao longo das cinco fases descritas anteriormente, os sintomas psicológicos são as principais preocupações para as mulheres com cancro de mama, portanto é importante oferecer apoio psicológico, com efeito, o suporte emocional encontra-

se sempre presente nos registos de intervenções de enfermagem, sendo este fundamental para a promoção do bem-estar e adaptação à doença oncológica que acarreta uma carga emocional tão nociva.

Na análise documental foi também identificada a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde, sendo os principais agentes de referência o psicólogo, o assistente social e os fisioterapeutas.

De salientar ainda o envolvimento da família em todo o processo de doença, sustentado por inúmeros autores (National Breast Cancer Centre, 2000; National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group, 2001; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Jennings-Sanders et al., 2005; Gümus e Çam, 2008).

A análise dos 100 processos clínicos permitiu-nos assim **validar 16 intervenções de enfermagem das 59 intervenções previamente delineadas com o recurso ao instrumento de avaliação do processo de adaptação à doença oncológica mamária sendo que 14 das intervenções referidas também foram sustentadas pela revisão da literatura (Anexo V), como podem observar no quadro seguinte.**

QUADRO 31: Intervenções de enfermagem validadas pela análise documental, com a descrição da frequência dos registos (n)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
1. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (p. ex., roupas, próteses ou cosméticos).	1
2. Apoiar a pessoa a gerir emoções.	57
3. Ensinar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gerir o regime medicamentoso.	24
4. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	81
5. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	233
6. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.	49
7. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	194
8. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	12
9. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gestão da doença.	16
10. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	1
11. Incentivar atividade física.	1
12. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).	44
13. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	426
14. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	119
15. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).	459
16. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	11

De destacar a frequência elevada dos registos de enfermagem associadas às intervenções validadas que incidem sobre o **suporte informativo**, “*Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)*”, no recurso a

material didático “*Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos)*”, e no **suporte educacional**, “*Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia)*”.

Consideramos que as intervenções centradas no **suporte informativo** permitem uma melhor compreensão acerca dos aspetos médicos da doença e do processo em que a mulher se depara, facilitando assim uma melhor adaptação ao novo evento no seu ciclo de vida. Além disso, devem também incidir sobre o **suporte educacional**, promovendo assim o desenvolvimento de capacidades/capacitação para se adaptar às implicações e limitações provocadas pela doença e respetivos tratamentos, que interferem sobre a sua perceção de bem-estar e de qualidade de vida.

De facto, o uso de documentos em investigação deve ser apreciado e valorizado. A riqueza das informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais porque possibilita ampliar o entendimento dos objetos cuja compreensão necessita de contextualização (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009).

A análise dos registos de enfermagem revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento do projeto, pois permitiu não só identificar as intervenções que os enfermeiros desenvolvem e registam no acompanhamento e tratamento das doentes com cancro de mama, como confrontá-las com o estado da arte na temática em estudo e verificar que estas não são só concordantes, como se completam.

5. ESTUDO IV: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS

5.1. Enquadramento Metodológico

Os fenómenos pelos quais os investigadores se interessam precisam ser traduzidos em dados sujeitos de análise. Cada decisão assumida pelos investigadores sobre os métodos e procedimentos de colheita de dados afeta a qualidade das informações e, por conseguinte, a do estudo como um todo (Polit e Beck, 2011).

A entrevista é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas e contempla geralmente três funções: 1) examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; 2) servir como principal instrumento de medida; 3) servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados (Fortin, 2009).

Existem várias abordagens na colheita de dados de autorrelato qualitativo. *“Os dois principais tipos de entrevista são a entrevista não dirigida (ou não estruturada) e a entrevista dirigida (ou estruturada). Entre a entrevista não dirigida e a entrevista dirigida tem lugar a entrevista semidirigida, que combina certos aspectos destas e que das três a mais correntemente utilizada”* (Fortin, 2009, p. 375).

Tendo em consideração as características próprias da natureza específica do estudo, em que pretendemos um método que permita ao respondente a oportunidade de partilhar um saber experienciado sobre o tema *“intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”*, com o objetivo de compreender um fenómeno de interesse para as pessoas implicadas, seleccionámos a entrevista semidirigida (Savoie-Zajc, 2003).

Este tipo de entrevista caracteriza-se pela existência de um guião pré-determinado que constitui um eixo orientador para a realização da entrevista,

com o propósito de garantir que os participantes respondam às mesmas questões, no entanto, deve ser visto como um instrumento leve e flexível, um auxiliar de memória que permite assegurar que os temas previstos são abordados.

Inicialmente foi efetuada a planificação do esquema da entrevista a partir da questão de investigação e ponderada a escolha dos respondentes com competências no fenómeno em estudo.

No esquema de entrevista foram estabelecidos quais os temas, os subtemas e as questões de orientação a abordar. Portanto, o guião de entrevista foi elaborado com base numa estrutura teórica, tendo sido formulada uma questão aberta geral acompanhada de subquestões específicas. Posteriormente foi validado pelas investigadoras e pelos orientadores do estudo, e de seguida foi aplicado a duas enfermeiras com experiência na área, o que permitiu o treino e preparação para as investigadoras perceberem a adequação das perguntas, no sentido de as dirigir aos objetivos do estudo. Das duas entrevistas realizadas concluímos que davam respostas a tais pressupostos, pelo que foram incluídas no estudo, não sendo necessário a reformulação do guião.

O guião de entrevista (Anexo VIII) é constituído por duas partes: a primeira destina-se à caracterização dos participantes (serviço onde exercem funções; tempo de exercício profissional; formação académica); a segunda, sob a forma de questão aberta, visa identificar as *“intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”* em cada fase específica de acompanhamento.

Outra consideração tida em atenção, foi o processo pelo qual foi definido a escolha dos respondentes (amostragem). Atendendo que a metodologia de investigação qualitativa privilegia as amostras do tipo intencional, não probabilístico, optámos por recorrer a esse método de amostragem.

“Não existe, nestes casos, método preciso para avaliar o grau de representatividade. No entanto, a amostra pode ser reforçada, segundo Kerlinger (1973), implantado meios de controlo, tais como homogeneidade, esta pode ser obtida particularmente pela utilização de critérios de inclusão” (Fortin, 2009, p. 321).

Deste modo, a partir de uma população alvo constituída por todos os enfermeiros com experiência profissional na área da afeção oncológica mamária, procedemos à delimitação de um grupo específico de profissionais de saúde que obedeciam a critérios estabelecidos (quadro 32).

QUADRO 32: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Aceitação na participação no estudo; • Exercício profissional num período superior a dois anos; • Enfermeiros a exercer funções nos seguintes serviços: <ul style="list-style-type: none"> ○ Clínica da Mama ○ Serviço de Internamento ○ Serviço de Quimioterapia ○ Serviço de Radioterapia
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros sem experiência profissional na área de oncologia mamária

De acordo com os dados expostos no quadro 33 a amostra foi constituída por onze enfermeiros com experiência profissional na área da afeção oncológica mamária a que exerceram funções nos seguintes serviços na área de oncologia mamária: clínica da mama (cinco enfermeiros); serviço de internamento (dois enfermeiros); serviço de quimioterapia (dois enfermeiros); serviço de radioterapia (dois enfermeiros).

QUADRO 33: Caracterização sociodemográfica dos participantes

ENTREVISTADOS	SERVIÇO ONDE EXERCE FUNÇÕES	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (EM ANOS)	FORMAÇÃO ACADÉMICA
E1	Clínica da Mama	22	Licenciatura em Enfermagem
E2	Clínica da Mama	17	Licenciatura em Enfermagem
E3	Clínica da Mama	30	Licenciatura em Enfermagem
E4	Clínica da Mama	15	Licenciatura em Enfermagem
E5	Clínica da Mama	26	Mestrado em Oncologia
E6	Hospital de Dia	19	Licenciatura em Enfermagem
E7	Hospital de Dia	30	Licenciatura em Enfermagem
E8	Cirurgia Oncológica	19	Especialização em Enfermagem Comunitária
E9	Radioterapia	12	Pós-Graduação Ciências de Enfermagem
E10	Cirurgia Oncológica	12	Doutoramento em Ciências de Enfermagem
E11	Radioterapia	25	Licenciatura em Enfermagem

Dos onze enfermeiros entrevistados, a média do tempo de exercício profissional foi de 21 anos; a moda 12 anos e a mediana 19 anos, sendo o valor mínimo de 12 anos e máximo de 30 anos.

Relativamente à formação académica, sete dos enfermeiros detinham o grau de licenciatura em Enfermagem, um enfermeiro a Pós-Graduação em Ciências de Enfermagem, um enfermeiro a Especialização em Enfermagem Comunitária, um enfermeiro o grau de Mestre em Oncologia, e um enfermeiro o grau de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

De ressaltar que os participantes foram referenciados pelos enfermeiros-chefe de cada serviço eleito, tendo sido realizadas onze entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros entre 20 de Fevereiro e de 15 de Março de 2013 (Anexo IX).

A escolha do IPO-Porto prendeu-se com o facto de ser o local onde desenvolvemos a nossa atividade profissional facilitando, deste modo, o acesso à amostra pretendida e recolha dos dados.

Seguidamente, os interlocutores planearam o momento, a duração e o local da entrevista semidirigida e foi-lhes entregue a declaração do consentimento informado (ANEXO X) e decidido sobre a conveniência do envio prévio do esquema da entrevista, visto que considerámos tal como sugere Savoie-Zajc (2003) que o respondente assim terá a possibilidade de se preparar melhor, organizando as suas ideias, as suas opiniões a propósito do objeto da entrevista. No dia programado para a realização da entrevista, o consentimento informado para a concessão da entrevista foi assinado e entregue aos investigadores.

Em relação aos aspetos técnicos, as entrevistas foram gravadas com a devida autorização do respondente, e a gravação em áudio trouxe vantagens permitindo a sua transcrição na íntegra, respeitando todas as informações concedidas pelos participantes. Nos aspetos ambientais procuramos realizar a entrevista num lugar calmo, privado e de conveniência para o respondente.

O aspeto temporal constituiu um fator relevante na preparação da entrevista, visto que não é aconselhado planificar entrevistas demasiado longas (Savoie-Zajc, 2003). Neste estudo específico tiveram uma duração entre 30 a 60 minutos.

Após a conclusão de cada entrevista, estas foram transcritas na íntegra para suporte informático, segundo a gravação e cada entrevista foi codificada com um número. Portanto, para salvaguardar a confidencialidade dos participantes, foi atribuído a cada participante um código que apenas é do conhecimento das investigadoras, salientando que nas unidades de registo e no texto que acompanha a análise de dados são identificados com um E (entrevista) seguida de um número (por exemplo, E1; E2).

“Devem transcrever-se os dados registados antes de os analisar. Para a análise dos dados é essencial uma análise de conteúdo. Trata-se de medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, de certas frases ou expressões ou de certos factos e acontecimentos. Ordenam-se os acontecimentos por categorias, mas as características do conteúdo a avaliar são geralmente definidas e predeterminadas pelo investigador” (Fortin, 2009, p. 379).

Bardin (2011, p. 40) preconiza a análise de conteúdo como *“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens”*. Nesta premissa utilizaremos a metodologia de análise prevista por esta investigadora.

Após a transcrição das entrevistas e da leitura atenta das mesmas, seguimos a organização e identificação sistemática dos temas encontrados e começámos a organizar as categorias e subcategorias.

Na análise de conteúdo, a categorização pode empregar dois processos inversos: 1) é fornecido o sistema de categorias e repartem-se da melhor forma possível os elementos à medida que vão sendo identificados; 2) o sistema de categorias não é fornecido, resultando da classificação progressiva dos elementos (Bardin, 2011). Os dois métodos, dedutivo e indutivo, podem, também, ser combinados num processo de análise misto em que, partindo de categorias definidas à priori com base em teorias escolhidas previamente, o investigador encaminha transformações gradativas no conjunto inicial de categorias, a partir do exame das informações do corpus de análise (Moraes, 2003). Nesse processo, segundo Laville e Dionne (1999), a indução auxilia a aperfeiçoar um conjunto prévio de categorias produzidas por dedução. Considerando que nesta fase do estudo, o propósito definido seria identificar *“intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”* através dos dados brutos, recolhidos da percepção dos enfermeiros, de forma a validar as já listadas, que surgiram do instrumento de avaliação da adaptação à doença oncológica mamária, da revisão da literatura e da análise documental e explorar outras, optámos por definir as categorias de análise sustentada num modelo misto, em que as categorias foram definidas à priori, tendo norteado as dimensões de análise e a identificação de categorias emergentes, construídas a partir das respostas dos enfermeiros.

De acordo com Bardin (2011) o critério de categorização pode ser semântico (categorias temáticas); sintático (os verbos, os adjetivos); léxico (classificação das palavras segundo o seu sentido, com emparelhamento dos sinónimos e dos sentidos próximos) e expressivo. A categorização do material em análise foi realizada segundo o **critério sintático** (o verbo correspondente ao eixo de ação de enfermagem de acordo com a linguagem CIPE®) que definiram as **categorias**, e **semântico** (áreas temáticas relacionadas com o fenómeno em estudo) que permitiram delinear as **subcategorias**. De seguida, durante o processo de categorização das unidades de registo, as categorias e subcategorias foram subdivididas, fundidas e ajustadas consoante o conteúdo manifesto e apresentados em quadros.

O tratamento dos dados relativos às entrevistas semiestruturadas resultou num processo de refinamento e consolidação das categorias encontradas ou, como

referem Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2005) pela saturação teórica ou saturação da amostra. De acordo com Sandelowski (1995) cit. por Fortin (2009) “(...) de modo geral, o número de participantes é determinado pela saturação de dados, uma situação na qual estes já não trazem novas informações” (p. 299).

Pelo exposto, constata-se que o processo de análise dos dados recolhidos através das entrevistas implicou um trabalho exaustivo e sistemático, a organização das mensagens numa estrutura flexível de categorias e subcategorias, que se foram ajustando de acordo com os princípios da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objetividade, fidelidade e da produtividade.

5.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados

Os dados resultantes do fenómeno observado no decorrer da colheita de dados são analisados e apresentados de forma a facultar uma ligação lógica com o objeto de estudo e do problema proposto, segundo se trate de explorar ou de descrever fenómenos (Freixo, 2011).

De acordo com o guião da entrevista (em anexo) e objetivos do estudo, os enfermeiros foram relatando as intervenções de enfermagem que consideraram relevantes no processo de adaptação à doença em mulheres com cancro de mama, tendo em conta a fase inicial de contacto com a doença oncológica, a fase ativa de tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia) e a fase de recuperação e vigilância após tratamentos.

Ao longo dos seus relatos, na entrevista foi-nos possível identificar intervenções de enfermagem em diversos domínios de ação “(...) *processo intencional aplicado a/ou desempenhado por um cliente (por exemplo, educar, trocar, administrar, monitorizar)*” (ICN, 2011, p. 93) e em diversificadas áreas temáticas de intervenção.

Ao longo deste relatório, serão mencionadas em quadro e por categoria, as unidades de registo para que seja compreendido o verdadeiro sentido das ideias expressas pelos participantes.

De frisar que a categorização do material em análise foi realizada segundo o **critério sintático** (categorias foram definidas pelos **verbos de ação**) e **semântico** (subcategorias por **categorias temáticas**), e os dados foram organizados por categorias em quadros com as unidades de registo que as contextualizam e ainda

cumprindo as regras de enumeração com a identificação da frequência com que são referidas pelos participantes isto é, o número de vezes que surgem nos textos (n) na globalidade do estudo. De acordo com Bardin (2011) a frequência é a medida geralmente mais usada em que a importância de uma unidade de registo aumenta com a frequência de ocorrência. Seguiram-se categorias pré estabelecidas em função da literatura para o objeto em análise - *“intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”*.

Apresentaremos os quadros por categorias, subcategorias e unidades de registo que as fundamentam. As categorias num total de dez domínios de ação de enfermagem serão apresentadas na seguinte sequência: **“Apoiar”**; **“Encorajar”**; **“Ensinar”**; **“Envolver”**; **“Incentivar”**; **“Informar”**; **“Orientar”**; **“Planear”**; **“Providenciar”** e **“Referir”**.

5.2.1. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: “Apoiar”

Apoiar é um conceito segundo a CIPE[®], com as seguintes características definidoras *“(.) ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar”* (ICN, 2011, p. 95), no quadro 34 está representada a análise relativa a esta categoria.

QUADRO 34: Intervenção de enfermagem no eixo da ação: “Apoiar”

CATEGORIA: APOIAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas .	<i>“(...) desmistificar (...) a doença oncológica associada à morte (...) desmistificar (...) os tratamentos” E4: [17-19]</i>	3
• Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	<i>“(...) embora algumas pessoas também fiquem preocupadas em termos de limitações e em termos de atividades profissionais (...) temos que ter intervenções talvez na área da ocupação (...) tentar que a doente arranje outras estratégias para estar ocupadas” E5: [153-158]</i>	2
• Apoiar a pessoa a gerir emoções .	<i>“(...) tentar fazê-las entender que há reações que são normais e que nas reações que são normais mesmo sendo a não aceitação imediata e isso tudo, que é uma fase natural não é, são fases que ela tem que passar, acho que é fazê-las entender isso” E2: [20-24]</i>	24
• Apoiar a pessoa a identificar estratégias de coping eficazes .	<i>“(...) as nossas mulheres conseguem ter algumas estratégias adaptativas à doença talvez pelo, pelo apoio que as enfermeiras lhe dão” E5: [49-50]</i>	2
• Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida .	<i>“(...) informar as doentes que não são as únicas, que isto não é uma desgraça, nem é o fim do mundo” E10: [99-100]</i>	4

Relativamente à prestação de apoio no âmbito das **crenças erradas**, de facto é pertinente abordar e corrigir equívocos relacionados com o cancro de mama, tal como refere McArdle (1996) cit. por Cruickshank e colaboradores (2008), de forma a mudar as suas atitudes, o valor atribuído ao cancro e incidir sobre as estratégias de *coping*, reforçando as habilidades da pessoa para lidar eficazmente com uma situação difícil. Fernandes (2009) corrobora afirmando que as crenças irracionais e os défices nas competências de *coping* são condições que contribuem para as dificuldades de adaptação a uma vida com doença crónica.

A análise e interpretação sistemática revelam que a intervenção de enfermagem “*Apoiar a pessoa a gerir emoções*”, representa maior frequência em detrimento de outras. O que quer dizer que esta intervenção é a mais relatada e que atinge um maior valor numérico no conjunto dos dados codificados. Estes resultados são consistentes com as informações na literatura que realçam a importância do apoio emocional (National Breast Cancer Centre, 2000; Fukui et al., 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman et al., 2005; Zabalegui et al., 2005; Liu et al., 2006; Sandgren e McCaul, 2007; Cruickshank et al., 2008; Gümüs e Çam, 2008; Malak e Gümüs, 2009). De facto, enquanto enfermeiros devemos apoiar na identificação de sentimentos negativos e ajudar a ultrapassá-los, através do desenvolvimento de estratégias para lidar com reações emocionais como depressão, ansiedade e insegurança (Sandgren e McCaul, 2007; Cruickshank et al., 2008).

Outro aspeto a realçar é o papel do enfermeiro na **gestão da mudança de papéis**, em que é fulcral consciencializar na mulher com cancro de mama, a necessidade de redescobrir o seu papel dentro da sua família, na comunidade, na sociedade (Prado et al., 2004) e ajudá-la a continuar as suas atividades diárias e ocupacionais (Gümüs e Çam, 2008).

Sobre a intervenção de enfermagem “*Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida*”, Seligman (1991) afirma que os estudos mais consistentes da literatura científica, indicam que as pessoas que possuem altos níveis de esperança (relacionada com a expectativa de resultados positivos em relação ao futuro e com a crença na própria capacidade de alcançar metas) tendem a sair fortalecidas e a encontrar benefícios em situações traumáticas e de stresse, sendo portanto essencial incidir nesta área de intervenção.

5.2.2. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Encorajar"

Encorajar segundo a CIPE® (ICN, 2011, p. 96) é a ação de "(...) *dar confiança ou esperança a alguém*". Segundo os depoimentos dos entrevistados, da categoria "Encorajar", emergiram duas subcategorias.

QUADRO 35: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Encorajar"

CATEGORIA: ENCORAJAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Encorajar a expressão de emoções.	" (...) e ouvir (...) as pessoas necessitam é ter alguém com quem expor os seus sentimentos" E11: [52-54]	6
• Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.	"(...) de forma a conseguir que houvesse compromisso de que era necessário para ficar bem, tinha mesmo que ser tratada e diariamente, não poderia falhar aos tratamentos(...)" E11: [343-345]	2

Neste sentido, importa salientar a relevância incutida à **expressão de emoções**, tendo em atenção que uma das diversas áreas problemáticas no processo de adaptação à doença envolve problemas emocionais, portanto para incidir sobre este foco de atenção é necessário permitir que a pessoa se sinta livre para explorar emoções, por exemplo, chorando livremente, falando sobre as suas preocupações, medos ou ansiedades, raiva, não com o propósito de julgar ou dizer o que deve sentir ou fazer, apenas ouvir e possibilitar a partilha da sua vivência neste processo de doença (National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Sandgren e McCaul, 2007).

Outro aspeto realçado pelos participantes foi relativamente à necessidade de "Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos", Kirk e Hudis (2008) sugerem que uma melhor adesão ao tratamento em oncologia pode ser obtida se a equipa de saúde discutir e enfatizar a importância da continuidade do tratamento como prescrito e o efeito da adesão sobre os resultados clínicos. Miaskowski, Shockney, Chlebowski (2008) confirmam e consideram que os enfermeiros podem desempenhar um papel central na promoção da adesão, garantindo que os doentes compreendem a necessidade de tratamento e identificando eventuais causas de não-adesão ao tratamento, ou seja, embora sejam os doentes a decidirem se seguem os regimes prescritos, os enfermeiros podem ter uma influência significativa sobre as suas decisões.

5.2.3. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Ensinar"

Apresentamos a unidade de análise respeitante à categoria "Ensinar", que de acordo com a CIPE® consiste em "(...) dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde" (ICN, 2011, p. 96), no quadro 36 estão expostas as subcategorias que emergem da categoria.

QUADRO 36: Intervenção de enfermagem no eixo da ação: "Ensinar"

CATEGORIA: ENSINAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	" (...) aquilo que devem fazer e não devem fazer, principalmente ah pegar em pesos e a postura em relação aos membros (...) à drenagem postural" E11: [97-99]	24
• Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	"Tentámos esclarecer todos os possíveis efeitos laterais e estabelecendo estratégias para os diminuir quer com medicação, quer com outras medidas que achámos que são necessárias" E1: [41-44]	11
• Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	" (...) quando a cicatriz está totalizada e (...) tem a indicação (...) de fazer uma massagem no local da cicatriz (...) para ser o companheiro ou o marido a fazê-lo para ele também ter a noção que realmente a doente não tem aquele órgão mas (...) que ela é a mesma pessoa, isso são tudo maneiras adaptativas de ele também e da doente se adaptar" E5: [83-91]	4
• Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	"(...) tipo de ensino que se faz no início (...) depois a evolução para a adaptação à refeição, o tomar banho, o vestir-se que é fundamental, tudo isso é feito por nós." E8: [379-382]	4
• Ensinar sobre o regime dietético.	"Relativamente à alimentação (...) é importantíssimo nós esclarecermos todas as dúvidas que as doentes têm relativamente à alimentação" E4: [109-113]	1
• Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	" (...) há protocolos que requerem no início uma pré-medicação (...) nós falámos sempre no assunto, a doente não se pode esquecer de fazer essa preparação inicial em casa no dia correto, como tem que ser feita, porque correm o risco de termos que adiar o tratamento por não ter cumprido essa parte" E6: [177-182]	10
• Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	" (...) aquele ensino que vamos fazendo evolutivamente desde o pós-operatório imediato até à alta ah nós já vamos ensinando parte dos exercícios" E8: [135-137]	6
• Ensinar a família (ou pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso.	"(...) fazemos um ensino (...) alguma pessoa de referência lá por casa ou não, vizinhos e assim se estiverem à vontade pra dar a respetiva terapêutica" E6 [273-276]	2
• Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	"(..) é fundamental integrar o cuidador também no ensino, ao fazer o ensino, aquele momento da alta em que estamos a pedir para colaborar com o apertar do soutien, também alertar que ali pode aparecer um líquido se aparecer, a própria vigilância da temperatura axilar para verificar se existem complicações tardias" E8: [224-228]	2

No que diz respeito à categoria "Ensinar", a função do enfermeiro implica proporcionar informação com vista à aquisição de habilidades que confirmam às mulheres o domínio em certos aspetos relacionados com a saúde, permitindo-lhes uma melhor capacitação à sua nova situação de vida. Portanto, foram referidos pelos participantes diversos temas entre os quais sobrelevamos a intervenção

“Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia” pela frequência apurada nas unidades de registo, facto também constatado na literatura (Liu et al., 2006; Sandgren e McCaul, 2007; Cruickshank et al., 2008; Malak e Gümus, 2009). Tendo em conta que, por exemplo, no estudo realizado por Panobianco e Mamede (2002) com 17 mulheres submetidas a cirurgia por cancro de mama, constataram que ao fim do terceiro mês de pós operatório todas as mulheres apresentaram complicações, entre as quais, edema (64,7%), seroma (41,1%), deiscência (47%), dor (41 %), e limitação da amplitude de movimento (64,7%), é fundamental incidir nas estratégias de prevenção de forma a intervir de forma mais precoce e eficaz.

Outro aspeto a sublinhar são **estratégias para melhorar a vida sexual**, mencionado pelos participantes. De facto, com a realização da mastectomia é inevitável a alteração da imagem corporal, podendo provocar na mulher sentimentos de rejeição por parte do parceiro, pelo que é importante abordar formas para contornar esta situação, de forma a minimizar o impacto da mutilação causada (National Breast Cancer Centre, 2000; Cruickshank et al., 2008; Gümus e Çam, 2008; Malak e Gümus, 2009).

No que se refere à **adequação ao autocuidado**, Smeltzer et al. (2008) afirma que as atividades como pentear-se e lavar os dentes, são terapêuticas do ponto de vista físico e emocional, porque auxiliam na restauração da função do braço e proporcionam sensação de normalidade na mulher com cancro de mama.

A **técnica de exercícios do membro afetado** também representa um elemento chave na intervenção de enfermagem, visto que segundo Lauridsen et al. (2005), estes exercícios com a orientação de profissionais competentes, serão decisivos na reabilitação da amplitude de movimento da cintura escapular e na diminuição de complicações, favorecendo assim o regresso às atividades de vida diária e uma melhor adaptação à sua condição de vida.

Na intervenção do eixo de ação “Ensinar” surge um interesse particular da equipe de enfermagem dirigida à **família e/ou pessoa significativa**, e de facto o diagnóstico do cancro de mama é uma experiência traumática, não apenas para os doentes, mas também para a restante família (Helgeson, 2005). Na revisão da literatura analisada, é referido o recurso do apoio familiar na **gestão do regime medicamentoso** (Bulechek, Butcher e Dochterman, 2010), no entanto, os participantes **identificaram uma nova intervenção (subcategoria)**, não verificada na revisão bibliográfica especificamente, que considerámos pertinente incluir

neste estudo de investigação: *“Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)”*. Pinto (2009) defende que a família é determinante no processo evolutivo da doença e que pode também desempenhar um papel ativo no processo de doença do seu familiar, portanto para os participantes faz sentido abordar questões relacionadas com a **prevenção de complicações do tratamento**, considerando o ente querido como um aliado nesse processo de adaptação.

5.2.4. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Envolver"

Segundo os testemunhos dos entrevistados, na categoria “Envolver” que representa a *“(...) ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros”* (ICN, 2011, p. 96), surgiram três subcategorias (quadro 37).

QUADRO 37: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Envolver"

CATEGORIA: ENVOLVER		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Envolver a pessoa no plano de cuidados.	<i>“(...) mas sempre que possível tentamos que haja colaboração (...) dos próprios doentes até para eles se sentirem úteis e também para serem eles a ver que há uma evolução favorável e que o contributo deles foi muito importante” E11: [230-233]</i>	5
• Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de gestão da doença.	<i>“(...) juntar a doente e um familiar direto (...) criar aqui uma ligação e servir quase de mediadoras (...) promovendo o diálogo aberto sobre as preocupações, sobre o futuro, sobre a doença, as preocupações da autoimagem, as preocupações da funcionalidade da doente nomeadamente a nível das tarefas domésticas (...) E4: [46-51]</i>	2
• Envolver a família (ou pessoas significativas) no plano de cuidados.	<i>“No que diz respeito também à parte do apoio do marido ou do companheiro é fundamental, quando ele está presente no momento da alta eu faço com que ele participe (...) até o colaborar com o apertar do soutien e o arranjar ajuda, torná-los mais participativos” E8: [124-128]</i>	6

Jennings-Sanders e colaboradores (2005) apoiam no seu estudo a necessidade de estabelecer um **plano de cuidados com o doente**, aspeto também defendido pelos participantes como podemos depreender nas seguintes unidades de registo:

- *“(...) o que fazemos é com que a doente participe nas coisas que está a limitar o seu internamento” E8: [442-443]*
- *“(...) é torná-la participativa nos cuidados” E8: [462]*

- “(...) há aquelas situações que em casa poderão fornecendo material, poderão mesmo ser efetuados (...) pelos próprios, aquelas coisas mais simples.” E11: [216-218]

Neste sentido importa salientar também a importância do **envolvimento da família no processo de gestão da doença e no plano de cuidados**, tal como defendido na literatura (National Breast Cancer Centre, 2000; Jennings-Sanders et al., 2005). De acordo com Santos (2006) ainda existe uma lacuna de estudos envolvendo o impacto da doença oncológica sobre a família e a importância das suas interações relacionais, defendendo-se o planeamento de intervenções de apoio centradas também no núcleo familiar, uma vez que nesta fase de incerteza, a família necessita de restabelecer a crença de que têm algum controlo sobre a doença. Portanto, considerámos que os enfermeiros devem estimular a família para que possam ajudar a mulher nesta nova etapa da sua vida.

5.2.5. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Incentivar"

No âmbito da categoria “Incentivar” que consiste em “(...) *levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade*” (ICN, 2011, p. 97). No quadro seguinte podemos observar, a partir dos excertos extraídos dos discursos dos participantes que surgiram dez subcategorias.

QUADRO 38: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Incentivar"

CATEGORIA: INCENTIVAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Incentivar a adoção de estratégias de coping eficazes.	“(...) facilitar (...) aquisição de estratégias de adaptação, de estratégias de coping” E4: [52-53]	1
• Incentivar pessoa a procurar fontes de motivação .	“(...) foi nisso que nós pensámos para lutar pelo filho porque seria esse eh aquilo onde se deveria agarrar, para lhe dar força, para conseguir depois lutar e estar bem e serem felizes” E11: [466-468]	1
• Incentivar atividades para melhorar a autoestima .	“(...) podemos arranjar formas de a doente continuar a olhar ao espelho e achar-se bonita, e sentir-se mulher, é muito importante uma pessoa olhar-se ao espelho e sentir-se poderosa, sentir que tem o controlo da própria vida, controlo de alguma forma da própria doença” E4: [100-104]	2
• Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada .	“(.) ajudá-la a ela visualizar a área da mastectomia.” E8: [39]	2
• Incentivar atividade física .	“(...) nas estratégias de intervenção de enfermagem focalizarmo-nos (...) no exercício físico porque as nossas doentes ficam muito sedentárias devido ao cansaço” E4: [105-107]	1

• Incentivar mudanças no estilo de vida.	<i>“(...) podemos voltar a ter intervenções na área de hábitos de vida saudáveis como o exercício físico, a mobilização, ah a alimentação” E5: [221-222]</i>	1
• Incentivar o recurso a técnicas de distração.	<i>“(...) cada doente ter um televisor ao seu dispor” E6: [296]</i>	2
• Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	<i>“(..) têm técnicas de relaxamento, fazem duas coisas Reiki e Reflexologia e também sugerimos” E7: [156-157]</i>	1
• Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.	<i>“(..) o que diz respeito à parte estética nós começamos a alertar para o uso propriamente do soutien para ir melhorar a imagem” E8: [80-82]</i>	6
• Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro(s) afetado(s).	<i>“(...) aquilo que nós dizemos é que com os tratamentos eventualmente se não houver continuidade dos exercícios poderá vir a agravar” E11: [414-416]</i>	4

As subcategorias relacionadas com **estratégias de coping eficazes**, fontes de motivação, atividades para melhorar a autoestima, olhar e tocar a parte do corpo afetada, atividade física, mudanças no estilo de vida, técnicas de distração, técnicas de relaxamento, estão em conformidade com a revisão da literatura (National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group, 2001; Fukui et al., 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman et al., 2005; Zabalegui et al., 2005; Sandgren e McCaul, 2007; Schneider e Hood, 2007; Cruickshank et al., 2008; Fillion et al., 2008; Gümus e Çam, 2008; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008; Malak e Gümus, 2009).

Nesta categoria *“Incentivar”* emergiram duas subcategorias (intervenções de enfermagem) pela análise das respostas dadas pelos entrevistados, que não foram patenteadas de forma específica na literatura, tendo sido as seguintes: *“Incentivar atividades para melhorar a autoimagem”* e *“Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro(s) afetado(s)”*. Neste sentido importa salientar a importância das atividades para melhorar a autoimagem, o que está manifesto nos discursos:

- *“(...) somos as promotoras (...) da autoimagem da mulher porque tentamos motivá-las sempre para os cuidados para (...) estarem sempre bonitas” E5: [151-153]*
- *“(...) eu muitas das vezes costumo levá-las à sala de pensos quando faço o penso, levo a prótese, levo o soutien e elas saem de lá já com a camisola ou com a blusa vestida com o soutien e já a prótese colocada, o impacto que isto tem para a doente é fundamental porque ela vê-se de uma forma harmoniosa” E8: [116-121]*

Relativamente à subcategoria “*Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro(s) afetado(s)*”, os enfermeiros frisam nos seus discursos a necessidade de reforçar a importância da continuidade de realizar os exercícios. Otto (2000) defendem que a realização dos exercícios deverá continuar no mínimo durante seis semanas após a cirurgia, podendo prolongar-se até aos seis meses para completa aquisição da mobilidade e flexibilidade. A prática de exercícios específicos, associados aos cuidados inerentes, relacionados com a reabilitação da mulher em tratamentos por cancro da mama, bem como a orientação destes, são intervenções importantes na assistência prestada à mulher pois têm como finalidade prevenir ou minimizar potenciais sequelas como perda de mobilidade do membro superior e linfedema.

5.2.6. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: “Informar”

Informar é um conceito segundo a CIPE® com as seguintes características “(...) *comunicar alguma coisa a alguém*” (ICN, 2011, p. 97). De acordo com as unidades de registo examinadas surgiram oito subcategorias (quadro 39).

QUADRO 39: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Informar”

CATEGORIA: INFORMAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.	“(...) perante um diagnóstico da doença esclarecer que há vários tipos de doença da mama oncológico e que cada um tem o seu processo de tratamento e cirúrgico diferente” E3: [24-26]	4
• Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	“(...) mais no sentido de informação (...) a prevenção do linfedema” E10: [76-79]	1
• Informar sobre a importância da realização de exames no <i>follow-up</i> (autoexame, mamografia, ecografia).	“Depois da fase do tratamento, do <i>follow-up</i> (...) a tentar (...) explicar-lhe algumas situações e (...) dizer-lhe que não é necessário fazer assim tantos exames e que os exames são feitos naquela fase que são importantes e que serão feitos noutra fase quando eles se tornarem importantes na vigilância da doença.” E5: [295-311]	1
• Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).	“(...) tentando demonstrar as disponibilidades que há no mercado relativamente às próteses capilares, às ajudas que existem e realmente conseguir uma imagem que a ajude eh mmh a superar todos estes efeitos.” E1: [33-36]	8
• Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	“(...) explorar melhor a doente no período pré-operatório, e prepará-la melhor para aquilo que ia ser também uma mastectomia.” E10: [244-246]	4
• Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	“No tratamento cirúrgico (...) explicamos (...) todos os exames que a doente tem que fazer eh pré-operatório, explicamos que terão que passar pelo menos por mais duas consultas pré-operatórias, (...) explicamos o que é o planeamento cirúrgico, a medicina pré-operatória, explicamos também em que consiste essa consulta (...) falamos (...) da anestesia (...) explicamos à doente em que consiste a cirurgia” E4: [138-146]	66

<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre possíveis complicações dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia). 	<p><i>“(…) ter alguns cuidados de movimentos muito bruscos (…) atenção aos pesos (…) estar atentos se houver uma dilatação grande da parte cervical do lado do cateter alertamos para isso (…) inchaço, edema do membro do lado do cateter também para nos alertarem” E6: [315-324]</i></p>	15
<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre reconstrução mamária. 	<p><i>“(…) tentámos minimizar este efeito negativo com a possível reconstrução no futuro eh tentando dizer que poderá recuperar a sua imagem, minimizando este efeito” E1: [27-29]</i></p>	2

A análise e interpretação sistemática dos discursos dos participantes revelam que toda a informação que consideraram relevantes, no que se refere à **comunicação do diagnóstico e possíveis complicações dos tratamentos**, representa uma frequência considerável comparativamente com outro tipo de informação. Esta informação é a mais enunciada e a que abrange um valor numérico elevado no conjunto dos dados codificados.

Daqui decorre o pressuposto de que é extremamente importante abordar temas como o diagnóstico/prognóstico, intervenção cirúrgica, objetivos dos tratamentos, as opções terapêuticas, discutir os resultados esperados em consonância com a revisão da literatura (National Breast Cancer Centre, 2000; Fukui et al., 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman et al., 2005; Zabalegui et al., 2005; Lui et al., 2006; Sandgren e McCaul, 2007; Cruickshank et al., 2008; Fillion et al., 2008; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008; Yoo, Lee e Yoon, 2009).

“A informação constitui uma premissa essencial em contexto de saúde. Resulta por um lado, da necessidade de informação por parte do doente, que recorre, para o efeito, a várias estratégias de recolha da mesma e por outro lado, da obrigatoriedade dos profissionais de saúde em informar os doentes sobre a sua situação clínica” (Melo, 2005, p. 53). Neste sentido, a consciencialização do **processo de doença** por parte da mulher com cancro de mama, assim como o **conhecimento dos diferentes tratamentos e seus efeitos secundários**, da sua singularidade no processo de doença, das mudanças previsíveis na imagem corporal, da utilidade dos dispositivos de adaptação, da prevenção de linfedema, da possibilidade da reconstrução mamária e da importância do **follow-up**, coligados a uma informação motivadora e no “timing” apropriado por parte dos enfermeiros, poderá resultar em maior adesão e conseqüentemente em uma melhor adaptação ao seu novo estado de saúde.

5.2.7. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Orientar"

No quadro seguinte consta a subcategoria relacionada com a terapia de grupo de apoio que emergiu na categoria "Orientar" e que consiste em "(...) *dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde*" (ICN, 2011, p. 98).

QUADRO 40: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Orientar"

CATEGORIA: ORIENTAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
<ul style="list-style-type: none"> Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar). 	<p>"(...) ligo ao Movimento Vencer e Viver para virem cá porque (...) é quase falar de igual para igual e as mulheres(...) os modelos positivos de papel, nós devemos cada vez incuti-los mais na nossa prática" E10: [91-98]</p>	6

De acordo com as premissas expostas, com a unidade de registo dos participantes e ainda em concordância com os estudos encontrados, como são exemplo o estudo de Fukui e colaboradores (2003), a **intervenção em grupo** pode ser usada como um método eficaz na gestão de preocupações psicossociais associadas com a doença.

Rodrigues, Silva e Fernandes (2003) consideram os **grupos de apoio** como uma estratégia inovadora que vem sendo construída e aprimorada a cada dia, sendo constituídos por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc) que planeia atividades, visando a promoção e reabilitação da saúde. Logo, se percebe que, nos grupos, a mulher é estimulada ao autocuidado; à troca de experiências; à realização de exercícios físicos e de reabilitação, tendo a oportunidade de expressar e, possivelmente, de esclarecer as suas dúvidas com os profissionais que promovem sessões, de acordo com os interesses do grande grupo.

5.2.8. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Planear"

No que concerne à categoria "Planear", que de acordo com o conceito da CIPE®, implica "(...) *ponderar, ordenar e organizar previamente alguma coisa*" (ICN, 2011, p. 99), os entrevistados manifestaram a necessidade de planear consultas de acordo com as necessidades individuais da pessoa com doença oncológica mamária, de forma a permitir uma continuidade de cuidados e

vigilância das complicações que surgem no decorrer da realização dos tratamentos, como podemos observar no quadro seguinte:

QUADRO 41: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Planear"

CATEGORIA: PLANEAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Planear consultas (presenciais ou telefónicas).	"(...) melhorar era mesma a consulta de enfermagem (...) havíamos de fazer uma consulta (...) ao início do TAC (...) e depois programar sempre uma a meio do tratamento." E9: [240-246]	3

Este ponto também é fundamentado na literatura em que as **consultas telefónicas e domiciliare**s surgem como estratégias para promover uma intervenção organizada de assistência contínua que pode aumentar gradualmente o apoio social, contribuindo assim para o processo de adaptação (Coleman et al., 2005; Liu et al., 2006; Sandgren e McCaul, 2007; Cruickshank et al., 2008; Fillion, et al., 2008).

5.2.9. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Providenciar"

No quadro seguinte estão as respostas obtidas sobre a ação de enfermagem "Providenciar" que consiste em "(...) *aprontar alguma coisa para alguém*" (ICN, 2011, p. 99), tendo emergido a seguinte subcategoria (quadro 42).

QUADRO 42: Intervenção de Enfermagem no eixo de ação: "Providenciar"

CATEGORIA: PROVIDENCIAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
• Providenciar material educativo (p. ex., guias, materiais/panfletos).	"(...) damos um outro que é um guia da quimioterapia que fala essencial dos efeitos secundários de qualquer tratamento de quimioterapia e como os minimizar" E6: [96-98]	12

Concretamente, os recursos educativos representam uma mais-valia na transmissão de informação, tendo sido referenciada nos discursos dos enfermeiros com uma frequência considerável. Também a literatura dá ênfase à utilidade destes recursos (Fukui et al., 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman et al., 2005; Zabalegui et al., 2005; Cruickshank et al., 2008; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008).

Costa (2011) defende que a informação verbal cuidada, com o recurso a panfletos, livros ou outros meios de transmissão de informação permitem o reforço da mesma, promovendo uma melhor compreensão por parte de quem recebe.

5.2.10. Intervenção de Enfermagem no Eixo da Ação: "Referir"

Segue-se a categoria "Referir" que implica "(...) *encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa*" (ICN, 2011, p. 99), em que a subcategoria se centra no profissional de saúde, como se pode observar no quadro seguinte.

QUADRO 43: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Referir"

CATEGORIA: REFERIR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
<ul style="list-style-type: none"> Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista). 	<p><i>"(...) se nós verificámos que há uma necessidade de intervenção de outro profissional, por exemplo os psicólogos ok, nós temos o à vontade de marcar" E6: [19-21]</i></p>	33

Verificámos de acordo com a frequência das unidades de registo que esta intervenção surge de forma considerável, comparativamente a outras intervenções, facto também apontado pela literatura. A National Breast Cancer Centre (2000), por exemplo, no seu estudo salientam que os membros da equipe multiprofissional relataram que as principais contribuições da *"specialist breast nurse"* foram informar a equipe de saúde sobre as necessidades de cada mulher e assistir a utente na obtenção de informação, apoio e encaminhamento, promovendo assim uma melhor utilização dos recursos.

5.2.11. Intervenções Validadas e Resultantes da Perceção dos Enfermeiros

A perceção dos enfermeiros com experiência na área de oncologia mamária permitiu validar **38 intervenções de enfermagem** (quadro 44), sendo que **32 intervenções referem-se às identificadas através do instrumento de avaliação à adaptação à doença oncológica e seis intervenções convergem com as**

intervenções acrescentadas pela revisão da literatura (Anexo V). De acordo com a frequência das unidades de registo, determinadas intervenções de enfermagem assumiram um especial destaque, mencionamos a título de exemplo, *“Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)”*; *“Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista)”*; *“Apoiar a pessoa a gerir emoções”* e *“Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia)”*, portanto focalizadas na **informação**, no **encaminhamento**, no **suporte emocional** e no **ensino**. De mencionar ainda que neste estudo frisam a necessidade de recorrer a suporte adicional através de **outros profissionais de saúde**, em função da identificação precoce de situações-problema de adaptação psicológica, social, funcional que justifiquem.

QUADRO 44: Intervenções de enfermagem validadas pela percepção dos enfermeiros, com a descrição da frequência das unidades de registo (n).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
1. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	3
2. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	2
3. Apoiar a pessoa a gerir emoções.	24
4. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i> coping </i> eficazes.	2
5. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	4
6. Encorajar a expressão de emoções.	6
7. Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.	2
8. Ensinar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gerir o regime medicamentoso.	2
9. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	11
10. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	4
11. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	24
12. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	4
13. Ensinar sobre o regime dietético.	1
14. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	10
15. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	6
16. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no plano de cuidados.	6
17. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gestão da doença.	2
18. Envolver a pessoa no plano de cuidados.	5
19. Incentivar a adoção de estratégias de <i> coping </i> eficazes.	1
20. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	2
21. Incentivar atividade física.	1
22. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.	2
23. Incentivar mudanças no estilo de vida.	1
24. Incentivar o recurso a técnicas de distração.	2
25. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	1
26. Incentivar pessoa a procurar <i> fontes </i> de motivação.	1

27. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.	4
28. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	1
29. Informar sobre a importância da realização de exames no <i>follow-up</i> (autoexame, mamografia, ecografia).	1
30. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).	8
31. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	4
32. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	66
33. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	15
34. Informar sobre reconstrução mamária.	2
35. Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	6
36. Planear consultas (presenciais ou telefônicas).	3
37. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).	12
38. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	33

A percepção dos enfermeiros também permitiu identificar **três novas intervenções de enfermagem** relevantes sobre o fenómeno em estudo, relacionadas com o **envolvimento da família na prevenção de complicações/efeitos secundários do tratamento, o incentivo à realização de exercícios de reabilitação e atividades para otimizar a autoimagem** (quadro 45).

QUADRO 45: Intervenções de enfermagem resultantes da percepção dos enfermeiros, com a descrição da frequência das unidades de registo

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
1. Ensinar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	2
2. Incentivar a realizar a técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	4
3. Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.	6

De facto, a percepção dos enfermeiros com experiência na área de oncologia mamária, permitiu uma maior proximidade entre quem investiga e quem lida diretamente com o fenómeno, produzindo assim uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelaram a “perspetiva da realidade da prática clínica” dos participantes na área em estudo, permitindo a convergência e a identificação de novos dados.

6. ESTUDO V: ANÁLISE POR PERITOS

6.1. Enquadramento Metodológico

O desenvolvimento do estudo V pautou-se no paradigma interpretativo com abordagem qualitativa e para a recolha dos dados empíricos, utilizou-se o método Delphi - questionário online, com o objetivo de selecionar as “*intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica*” com o recurso a um grupo de peritos.

A técnica Delphi consiste num método sistematizado de julgamento de informações, útil na obtenção de consensos de especialistas sobre determinado tema por meio de validações articuladas em fases ou ciclos. É realizada de forma coletiva por especialistas, também designados de peritos ou juízes, sendo que este método pode ser usado por várias áreas do conhecimento, dentre as quais a de enfermagem (Castro e Rezende, 2009).

O recurso ao estudo de Delphi surgiu numa perspetiva de complementaridade e incremento do trabalho desenvolvido no **estudo I, II, III e IV** em que procurámos auscultar um universo de “experts” na área de oncologia mamária.

O recurso a um grupo de peritos para gerar ideias, consensos e tomar decisões sobre intervenções de enfermagem em diversas áreas de estudo, representa uma forma cada vez mais reconhecida e adequada para procurar algumas respostas.

“A literatura científica na enfermagem apresenta uma diversidade de objetivos nas pesquisas com utilização da técnica de Delphi como método, a exemplo: foi utilizado em trabalho para a identificação de competências profissionais, para a validação de intervenções de enfermagem, validação de diagnósticos de enfermagem, para a validação de conteúdos de instrumentos (...) e para a identificação de projeções de prováveis factos ou tendências futuras na enfermagem, dentre outros” (Scarparo et al., 2012, p. 249).

Os estudos de Delphi são um dispositivo de investigação iterativa, dependente do tempo (com uma orientação temporal definida), focalizados na produção de consensos acerca dos desenvolvimentos prováveis, possíveis ou desejáveis numa determinada área ainda pouco estruturada, em que se inclui a problemática sobre as *“intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica”*.

A partir das opiniões, pontos de acordo e divergências entre os peritos, pretende-se chegar a certos elementos de consenso e a uma hierarquização de aspetos importantes e secundários relativos ao fenómeno em estudo (Sousa, Frade, Mendonça, 2005).

“A técnica baseia-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, pressupondo-se que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um só indivíduo” (Wright e Giovinazzo, 2000, p. 54).

A operacionalização da técnica de Delphi é realizada por sucessivos rounds de questionários, aplicados a um grupo de “experts” na área em estudo. Na primeira ronda de opiniões, o questionário é enviado ao painel de especialistas e, a partir da sua devolução, as respostas são analisadas. As questões que obtiverem consenso estipulado pelo investigador são extraídas e o questionário, revisado pelo investigador, é novamente enviado aos participantes com a informação dos resultados atingidos na primeira ronda de opiniões, dando-se início à segunda ronda. Nesse momento, os participantes, em anonimato, são solicitados a realizar novo julgamento das suas opiniões, frente à previsão estatística de cada resposta do grupo, sendo possível mantê-la ou modificá-la. O processo se repetirá até que se alcance um consenso entre 70% e 80%, ou uma percentagem arbitrada e devidamente justificada pelo investigador (Scarparo et al., 2012).

“As principais características da técnica Delphi consistem na utilização de um painel de peritos para obter consenso, sustentado no facto de os participantes não terem confrontação frente a frente, na garantia de anonimato das respostas e no uso de ferramentas estatísticas simples para identificar níveis de concordância” (Sousa, Frade, Mendonça, 2005, p. 370).

De acordo com Kayo e Securato (1997) o número de rondas de questionários a serem aplicados no painel de especialistas dependerá da natureza do grupo, sua homogeneidade e a complexidade do estudo. *“De modo geral, em um estudo de Delphi, são utilizadas de duas a três rondas de opiniões”* (Scarparo et al., 2012, p. 244).

Scarparo e colaboradores (2012) consideram este método uma alternativa viável para a realização de pesquisas em enfermagem com a apreensão de ideias altamente qualificadas por agregar “experts” com diferentes experiências, permitindo aceder a profissionais de diferentes áreas de atuação no meio hospitalar, na área da educação e em investigação.

A seleção dos participantes é de extrema importância, nomeadamente o nível relevante de qualificação profissional sobre a área temática em estudo, para que se possa obter consenso de ideias especializadas. A seleção da amostra é considerada não aleatória, intencional, o que se justifica, uma vez que o interesse é selecionar especialistas na área em estudo. A definição que obteve algum consenso entre os diversos autores é definir um “especialista” como aquele que pode fomentar contribuições válidas, uma vez que tem conhecimentos relevantes para o processo em estudo, baseados na prática e experiência atualizados (Kennedy, 2004; Price, 2005).

Os critérios de inclusão para a composição da amostra foram definidos (quadro 46), com o propósito de aclarar e detalhar os procedimentos realizados no estudo V.

QUADRO 46: Critérios de inclusão no estudo de Delphi

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO PAINEL DE PERITOS	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiros em desempenho de funções há pelo menos dois anos. • Enfermeiros, em exercício de funções nas diferentes áreas de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> ○ Prestação de cuidados; ○ Gestão de cuidados; ○ Ensino de enfermagem. • Experiência específica em oncologia mamária. • Formação específica em oncologia mamária: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pós-graduação; ○ Mestrado; ○ Doutoramento.
---	--

Em relação ao número de participantes para a composição do painel de especialistas, não há moldes pré-definidos para proporcionar a representatividade, sendo que o sucesso da aplicação da técnica está relacionado com a qualificação dos participantes (Powell, 2003). Okoli e Pawlowski (2004) argumentam que a literatura recomenda entre dez a dezoito peritos, aspeto também defendido por Gallardo e Olmos (2008) que afirmam que esse intervalo no número de especialistas parece razoável uma vez que o trabalho dos investigadores e especialistas pode tornar-se excessivo se os especialistas fornecerem demasiadas ideias. Vale a pena lembrar que, quanto maior o número de especialistas, maior será a dificuldade para analisar os dados, em consequência do volume de informações e do facto de que tal volume não está, necessariamente, vinculado à melhor qualidade dos dados obtidos (Castro e Rezende, 2009).

Neste estudo em particular e face aos critérios de inclusão estabelecidos, o universo do estudo de Delphi fez um total de 18 peritos na área de oncologia mamária. Portanto, selecionámos 18 profissionais de enfermagem com conhecimentos, experiência, capacidade preditiva e objetividade (Sousa, Frade, Mendonça, 2005), em diversos campos de atuação, nomeadamente a prestação de cuidados, a gestão de cuidados e o ensino de enfermagem, verificando-se uma taxa de adesão global de 100%.

Dos 18 peritos apontados inicialmente para o painel Delphi do nosso estudo que aceitaram participar e constituíram o primeiro e segundo *round*, a idade dos respondentes variou entre os 26 e os 59 anos, tendo uma idade média de 45 anos e um desvio padrão de 10 anos, sendo que maioritariamente eram do sexo feminino (89%). Relativamente ao grau académico 39% (n=7) possuem o curso de mestrado em diversas áreas entre as quais em Oncologia (11%;n=2), em Enfermagem de Reabilitação (11%;n=2), em Enfermagem Médico-Cirúrgica (5,6%;n=1), em Ciências de Enfermagem (5,6%;n=1) em Psicologia da Saúde (5,6%;n=1). Por outro lado, 33% (n=6) apresentavam o grau de doutoramento, sendo que 16,6% (n=3) em Ciências de Enfermagem, 11% (n=2) em Ciências da Educação e 5,6% (n=1) em Psicologia da Saúde.

Em relação ao local onde os peritos desempenhavam funções, a maioria exercia a sua atividade profissional em meio hospitalar 50% (n=9), 39% em meio universitário (n=7) e 11% (n=2) num centro clínico onde, a par da prestação integrada e interdisciplinar de cuidados clínicos especializados, se desenvolvem atividades de investigação e programas avançados de educação médica e técnica. As percentagens dos respondentes por categoria profissional apresentam a seguinte distribuição: 56% de enfermeiros generalistas (n=10), 33% de professores-coordenadores (n=6), 6% (n=1) de professor-adjunto e 6% (n=1) de enfermeiro-chefe.

Neste estudo de Delphi, verificámos que 78% (n=14) dos peritos referiam ter experiência profissional na área da doença oncológica mamária. Relativamente aos anos de experiência com a doença oncológica mamária a média foi de 10 anos, que oscilou entre 2 e 35 anos, com um desvio padrão de 11 anos.

No presente estudo, dos participantes que constituíram o painel, 78% (n=14) realizaram trabalhos de investigação na área da doença oncológica mamária. Quanto aos estudos de investigação desenvolvidos pelos peritos selecionados, 43% (n=6) abordaram as vivências experienciadas pelas mulheres com doença oncológica mamária, 29% (n=4) incidiram na área da reabilitação, 7%

abordaram a sexualidade (n=1), o tratamento com quimioterapia (n=1), o processo de adaptação (n=1) e a genética relacionada com o cancro de mama (n=1).

Após a identificação dos potenciais respondentes, procedemos ao seu contacto prévio no sentido de explicarmos o objetivo e finalidade do estudo, realçando a importância da sua participação com o intuito de minimizar a possibilidade de abstenção.

Selecionados e contactados os participantes do painel de investigação, foi elaborado o questionário Delphi - 1ª Ronda alicerçado no estudo I, II, III, IV que contemplou a identificação das “*intervenções de enfermagem promotoras adaptação à doença oncológica mamária*”. Face ao pressuposto de que a construção do questionário Delphi-1ª Ronda foi subsidiado na triangulação de métodos desenvolvida nos **quatro estudos** concretizados nos capítulos anteriores, não recorremos ao pré-teste, porque segundo Hair e colaboradores (2005) o pré-teste depende de vários fatores, entre os quais, quando um tópico de pesquisa é novo para o pesquisador, o questionário deve ser pré-testado, mas se o pesquisador tiver um conhecimento considerável no tópico, o questionário só deve ser testado se tiver que ser usado com um grupo diferente de respondentes, facto que não se verifica neste estudo V.

Sendo que cada aplicação do questionário corresponde a um *round*, o **primeiro questionário** foi aplicado de **8 de Abril a 21 de Abril de 2013**, sendo para tal enviado um *email* para os peritos com o *link* necessário para aceder ao questionário online:

- https://docs.google.com/forms/d/1xC3i_woZ8HXcux8hRz4D7-Bwoh9--l_SHFIWCgZ8liY/viewform (Anexo XI).

A primeira ronda, na forma “*convencional do método de Delphi*” (Linstone e Turoff, 2002), caracteriza-se por um questionário com perguntas abertas com o intuito de “(...) *gerar tantas ideias quanto possível sobre o assunto em estudo*” (Sousa, 2006, p. 192). Neste estudo específico, e à semelhança daquilo que Moreno-Casbas et al. (2001) estabeleceram, o primeiro questionário foi estruturado em torno de perguntas fechadas, resultado do trabalho entretanto produzido como resultado dos estudos anteriores. De salientar que o estudo de Delphi que utilizámos se colocou num plano de complementaridade e sustentação desses estudos anteriores, de forma a alcançar o primeiro esboço de um programa de intervenção de enfermagem.

O questionário que construímos, para além de uma nota introdutória com uma breve explicação dos motivos do projeto e instruções para o preenchimento e sua devolução, incluía uma primeira parte dirigida à caracterização dos peritos e posteriormente uma segunda parte com a descrição de **74 intervenções de enfermagem** dispostas por ordem alfabética, tendo sido solicitado o nível de concordância com a intervenção apresentada, através de uma escala do tipo likert de sete pontos entre os diferenciais semânticos - “*Concordo Totalmente/Discordo Totalmente*”. De salientar que a cada 15 intervenções foram delineados espaços reservados a comentários, críticas e sugestões de cada interveniente no estudo e foi estabelecido um prazo de entrega de duas semanas. De acordo com Cassiani e Rodrigues (1996) o prazo para a devolução do questionário deve ser estipulado, sendo que o período de duas semanas geralmente é tempo suficiente para o participante responder ao questionário de Delphi.

Como foi anteriormente referido, o processo de recolha de dados e portanto de comunicação com o painel de peritos, foi realizado pela Internet. De acordo com Silva e col. (2009) a técnica de Delphi pela Internet traz diversas vantagens em relação à tradicional como a redução do tempo de envio e de devolução dos questionários, garantindo ainda um feedback muito mais rápido aos participantes, evitando a perda do interesse subsequente (Wright e Giovinazzo, 2000). Scarparo e colaboradores (2012) referem que atualmente o recurso ao correio eletrónico e à internet torna-se facilitador em relação ao uso do correio convencional, que está em desuso para a circulação de instrumento de colheita de dados. De frisar, que os contactos foram sempre efetuados de forma a preservar o anonimato dos membros do painel, que representa o cerne dos estudos de Delphi.

Uma vez recebidos os questionários com as respostas da **1ª Ronda** em que obtivemos uma taxa de retorno de 100%, recorremos à análise estatística descritiva para definir o nível de consenso, mais especificamente às medidas de tendência central (média, moda, mediana), de dispersão (desvio padrão), às frequências dos scores, e fizemos para tal o uso do software SPSS (versão 21). As medidas de tendência central, frequentemente usadas no estudo de Delphi, descrevem o equilíbrio de uma distribuição, contudo o recurso a medidas de dispersão enriquecem essa descrição, pois visam fornecer o grau de variabilidade das observações (Sousa, 2006).

Antecipadamente, definimos o tipo e o nível de consensos para análise de scores obtidos para cada um dos itens, com base nos critérios do estudo de Sousa (2006) e de Nogueira, Azeredo e Santos (2012), sendo que estabelecer o nível de

consenso é função do investigador, devendo ser arbitrário e decidido antes da análise dos dados recolhidos, com variações entre 50% a 80% (Castro e Rezende, 2009). O tipo de consenso para inclusão ou exclusão de uma intervenção de enfermagem apresentada foi verificado em função das condições definidas apresentadas no quadro 47.

QUADRO 47: Tipos de consenso, segundo Sousa (2006) e Nogueira, Azeredo e Santos (2012)

CONSENSO	DEFINIÇÃO (utilizando uma escala de <i>likert</i> com scores de 1 a 7)
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediana - 6 ou 7 de <i>score</i> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 ▪ Ausência de comentários dos peritos, indicadora de ambiguidades ou má compreensão dos itens
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mediana - 2 ou 1 <i>score</i> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 1 e 3 ▪ Ausência de comentários dos peritos, indicadora de ambiguidades ou má compreensão dos itens.
SEM CONSENSOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todas as outras respostas

Além disso pareceu-nos pertinente definir o nível de consenso em excelente, elevado e moderado como podemos constatar no quadro 48.

QUADRO 48: Critérios para classificação do nível de consenso, segundo Sousa (2006) e Nogueira, Azeredo e Santos (2012)

CONSENSO	NÍVEL DE CONSENSO	DEFINIÇÃO
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CONSENSO EXCELENTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os participantes concordam completamente com a questão
	CONSENSO ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 ▪ Mediana: 6 ou 7 ▪ Moda: 6 ou 7 ▪ Desvio-Padrão $\leq 1,00$
	CONSENSO MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 ▪ Mediana: 6 ou 7 ▪ Moda: 5, 6 ou 7 ▪ Desvio-Padrão $> 1,00$
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	CONSENSO EXCELENTE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os participantes discordam completamente com a questão
	CONSENSO ELEVADO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 1 e 3 ▪ Mediana: 1 ou 2 ▪ Moda: 1 ou 2 ▪ Desvio-Padrão $\leq 1,00$
	CONSENSO MODERADO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 1 e 3 ▪ Mediana: 1 ou 2 ▪ Moda: 1, 2 ou 3 ▪ Desvio-Padrão $> 1,00$

Os consensos produzidos acerca das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária, fruto do tratamento dos dados do primeiro questionário foram descritos na segunda ronda do questionário de Delphi e foram incorporadas novas questões apontadas pelos peritos, sendo este questionário menos extenso que o anterior. Informados dos resultados obtidos na volta anterior, os peritos foram convidados a integrar a segunda ronda do questionário e foram analisados os novos temas sugeridos, que **incluíam cinco**

intervenções de enfermagem, em que à semelhança do questionário da primeira ronda, cada uma das intervenções estava operacionalizada numa escala de tipo Likert com sete pontos entre os diferenciais semânticos - “*Concordo Totalmente/Discordo Totalmente*”, tendo sido criado um novo link para aceder ao questionário online:

- https://docs.google.com/forms/d/1k_N0yr0LiczhJFV04dJJ6L4WCg82cZg40jZ2--6NaQE/viewform (Anexo XII).

Esta ronda decorreu de **6 de Maio a 12 de Maio** e manteve-se a participação dos 18 participantes iniciais, tendo alcançado novamente uma taxa de retorno de 100%. As rondas sucederam-se até ter atingido um grau satisfatório de convergência, o que foi alcançado na segunda ronda.

O recurso a uma abordagem do tipo Delphi teve como propósito a confrontação, a confirmação e a refutação dos passos desenvolvidos no **estudo I, II, III e IV** de forma a incrementar e complementar os dados provenientes de outras fontes. De facto, esta metodologia permite que os profissionais de enfermagem, com experiências e conhecimentos diversificados, peritos em determinada área, possam contribuir para a construção de consensos de opiniões, sobre a problemática em estudo, promovendo assim a discussão de aspetos relevantes para o futuro de enfermagem no âmbito do processo de adaptação vivenciado pela mulher com cancro de mama.

6.2. Análise, Interpretação e Discussão dos Resultados

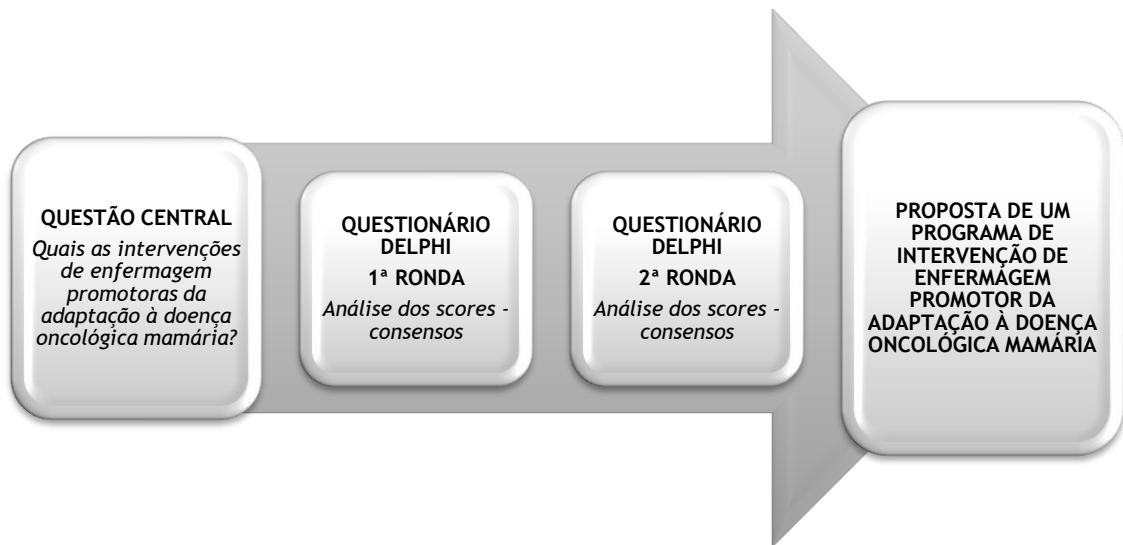
O recurso à técnica de Delphi revelou-se um instrumento fundamental para a prossecução dos objetivos que este estudo se propôs alcançar, face à necessidade de questionar os especialistas sobre o fenómeno em estudo, oriundos de várias áreas de enfermagem.

O estudo de Delphi desenrolou-se, ao longo de dois *rounds*, até à obtenção de consensos que permitiram a definição do primeiro esboço do programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária.

Ao término da colheita de dados, iniciámos a fase de análise, que consistiu num momento de reflexão crítica do estudo de investigação, e na sua realização,

ocorreu a transformação dos dados numa proposta de um programa de intervenção (Figura 3).

FIGURA 3: Esquema do Desenho do Estudo V



A importância do método de Delphi está na participação de profissionais e especialistas de uma determinada área do conhecimento que se propõem a colaborar com a investigação. A partir do conhecimento e experiências dos participantes, é possível analisar uma área do conhecimento de forma a tornar consensual a opinião dos mesmos. A seguir apresenta-se a análise da 1ª e da 2ª Ronda do questionário Delphi.

6.2.1. Intervenções Validadas da Análise por Peritos:

Questionário Delphi-1ª Ronda

No primeiro *round*, o material que resultou do primeiro questionário acerca das “*intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica*” foi submetido a análise, com recurso à estatística descritiva e aplicação dos critérios de consenso previamente definidos. Nos quadros seguintes apresentamos, por ordem alfabética as intervenções de enfermagem de acordo com os diversos campos de ação “Aconselhar”, “Apoiar”, “Assistir”, “Encorajar”, “Ensinar”, “Envolver”, “Estabelecer”, “Facilitar”, “Incentivar”, “Informar”, “Instruir”, “Orientar”, “Planear”, “Providenciar”, “Referir”, “Supervisionar” e

“Treinar” em que descrevemos o nível de concordância verificado, e as intervenções da prática de enfermagem que obtiveram consenso global, tendo em consideração as respostas de todos os questionários.

QUADRO 49: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Aconselhar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
1. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (p. ex., roupas, próteses ou cosméticos).	100%	6,61	7	7	0,608

Relativamente à intervenção de enfermagem no eixo de ação “Aconselhar”, verificámos que o nível de consenso entre os elementos do painel foi **elevado**, tendo obtido 100% de concordância no primeiro *round*. A mediana e a moda centraram-se no score “**concordo totalmente**” e este consenso é traduzido por uma baixa dispersão dos dados (**DP<1,00**). De facto, a importância dos dispositivos de adaptação é ressaltada por diversos autores, entre os quais Amorim (2007) que refere que a alteração da autoimagem resultante do tratamento cirúrgico exige uma preparação e apoio psicológico, com elucidação da doente para a necessidade de recurso a próteses e vestuário adaptado à nova imagem corporal. Os enfermeiros podem fornecer uma lista de fornecedores de prótese capilares e a familiarização com maneiras criativas de usar cachecóis e turbantes também pode minimizar a angústia da doente (Smeltzer et al., 2011).

QUADRO 50: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Apoiar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
2. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	100%	6,72	7	7	0,461
3. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.	100%	6,67	7	7	0,485
4. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	100%	6,50	7	7	0,618
5. Apoiar a pessoa a gerir emoções.	94,4%	6,61	7	7	0,778
6. Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades.	100%	6,78	7	7	0,428
7. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes.	100%	6,83	7	7	0,383
8. Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas.	100%	6,72	7	7	0,575
9. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	100%	6,56	7	7	0,784
10. Apoiar a pessoa no processo de aceitação da dependência no autocuidado.	100%	6,56	7	7	0,705
11. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.	100%	6,61	7	7	0,608

Na intervenção de enfermagem no eixo de ação “Apoiar”, o consenso verifica-se a um nível **elevado**, com um grau de concordância que oscila entre **94,4%-100%**. A mediana e a moda centraram-se no score “**concordo totalmente**”, com

um grau de dispersão baixo ($DP < 1,00$). De destacar a média superior ($\bar{X} = 6,83$) e menor desvio-padrão ($DP = 0,383$) obtidos em relação à intervenção de enfermagem “Apoiar a pessoa a identificar estratégias de coping eficazes” em comparação com as restantes ações de enfermagem. Vos e colaboradores (2004) salientam que quando a doença surge com perdas irreparáveis, como é o caso da mastectomia, a mulher com cancro da mama vê-se confrontada com sucessivas adaptações aos diversos procedimentos terapêuticos desenvolvendo, na maioria dos casos, grande vulnerabilidade biopsicossocial, sendo que esta realidade remete-nos para a necessidade de envolver outras estratégias terapêuticas, nomeadamente o desenvolvimento de estratégias de coping. Smeltzer e col. (2011) consolidam, defendendo que a avaliação contínua de como a pessoa está a lidar com o diagnóstico de cancro de mama e seu tratamento é importante na determinação do seu ajustamento global, sendo benéfico para o seu bem-estar ajudar a doente a identificar e mobilizar as suas estratégias de coping.

QUADRO 51: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Assistir”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
12. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	94,4	6,06	6	6	1,349

No eixo de ação “Assistir”, a intervenção de enfermagem supramencionada apresenta um nível de consenso moderado, com um grau de concordância de 94,4% em que a mediana e a moda se situam no score “concordo”, apresentando maior dispersão relativamente às intervenções anteriores ($DP > 1,00$). Segundo Smeltzer e col. (2011) a doente deve ser orientada a realizar exercícios de amplitude de movimento em casa, três vezes por dia, durante 20 minutos cada vez, até que a amplitude de movimento plena seja restaurada (em geral, em quatro a seis semanas). Rodrigues (2012) ressalva que os exercícios devem fazer parte das atividades de vida diária das mulheres, em que a postura corporal, os movimentos respiratórios durante a realização de cada exercício, seguidos de relaxamento, são aspetos que o enfermeiro deve ponderar.

QUADRO 52: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Encorajar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
13. Encorajar a expressão de emoções.	100%	7	7	7	0,000
14. Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.	100%	6,89	7	7	0,323
15. Encorajar a pessoa a concentrar-se num fator de stresse de cada vez.	94,4%	6,11	6	6	0,832
16. Encorajar a pessoa a controlar as causas/fatores que prejudicam o padrão do sono.	100%	6,28	6	7	0,752
17. Encorajar a pessoa a falar sobre a sua sexualidade (diminuição atividade sexual/líbido).	100%	6,22	6	6	0,732
18. Encorajar atividades sociais/comunitárias.	100%	6,28	6	6	0,669
19. Encorajar comportamento interativo (com membros da família ou pessoas significativas).	100%	6,61	7	7	0,608

Quanto às intervenções de enfermagem no eixo de ação “Encorajar” verificámos um **consenso excelente** no âmbito de “Encorajar a expressão de emoções” com um **grau de concordância de 100%**, uma mediana e moda centrado no “concordo totalmente” e ausência de grau de dispersão (DP=0,000). Monahan e colaboradores (2010) por exemplo referem que a perda do seio pode desencadear reações que incluem raiva, depressão, negação e isolamento, sendo fundamental que o enfermeiro tranquilize a doente de que, dar expressão ao luto é um comportamento natural, aceite e compreendido por toda a equipe, e que é terapêutico para a pessoa expressar o que sente, aspeto esse também diferenciado no consenso obtido pelos peritos.

Em relação aos restantes itens neste domínio constata-se um **consenso elevado**, com um **grau de concordância** que oscila entre **94,4%-100%**, em que a **mediana e a moda se situaram** entre o score “concordo” e “concordo totalmente”, havendo um **baixo grau de dispersão (DP<1,00)**.

QUADRO 53: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Ensinar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
20. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	100%	6,50	7	7	0,618
21. Ensinar a família (ou pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso.	94,5%	6,39	7	7	0,850
22. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	100%	6,78	7	7	0,428
23. Ensinar estratégias para diminuir o linfedema.	100%	6,78	7	7	0,428
24. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	94,5%	6,33	7	7	0,907

25. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	100%	6,78	7	7	0,428
26. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	100%	6,72	7	7	0,575
27. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.	100%	6,61	7	7	0,608
28. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.	88,9%	6,11	7	7	1,568
29. Ensinar sobre o regime dietético.	100%	6,50	7	7	0,618
30. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	100%	6,72	7	7	0,461
31. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	100%	6,61	7	7	0,502
32. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	100%	6,50	7	7	0,618

No eixo de ação “Ensinar” das intervenções de enfermagem analisadas pelos peritos, verificámos um **consenso elevado na maioria dos itens**, com um **grau de concordância** entre **94,5%-100%**, uma **mediana e moda no score sete** sendo **baixo o grau de dispersão (DP<1,00)**. Fernandes (2009) refere que as intervenções educacionais procuram promover informação para facilitar a adaptação e compreensão acerca dos aspetos médicos da doença e do processo de tratamento em que o doente se encontra, salientando ainda o valor da educação como forma de facilitar a adaptação à doença. Nesta área de ação constatámos médias superiores e desvios-padrão inferiores relativamente às seguintes intervenções:

- Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) ($\bar{X}=6,78$;DP=0,428);
- Ensinar estratégias para diminuir o linfedema ($\bar{X}=6,78$;DP=0,428);
- Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia) ($\bar{X}=6,78$;DP=0,428);
- Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir) ($\bar{X}=6,72$;DP=0,575);
- Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) ($\bar{X}=6,72$;DP=0,461);
- Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s) ($\bar{X}=6,61$;DP=0,502).

Smeltzer e col. (2011) consolidam estes dados referindo que os enfermeiros desempenham um papel importante ao ajudar as doentes na gestão de sequelas físicas e psicossociais dos tratamentos. Estratégias de alívio dos sintomas associados ao tratamento do cancro de mama devem ser adotadas, pois estas proporcionam melhorias na função física e emocional (Ganz et al., 2004).

O linfedema do membro superior homolateral é uma das complicações do tratamento do cancro de mama e pode ocorrer em qualquer momento após a cirurgia, variando a sua incidência entre seis e 38% (Souza et al., 2007). Neste caso é fundamental que o enfermeiro promova o ensino no sentido de elevar o membro afetado, tanto quanto possível, face à presença de edema, onde o tratamento pode passar pela aplicação de uma ligadura elástica, pela elevação do membro, massagem, exercícios, cuidados à pele, descompressão manual e compressão externa (Monahan et al., 2010).

O ensino sobre o autocuidado também é defendido por diversos autores entre os quais Smeltzer e col. (2011) que afirmam a necessidade do enfermeiro avaliar a aptidão da doente para assumir responsabilidades no autocuidado e identificar quaisquer falhas em seu conhecimento, onde uma revisão do ensino, com reforço, pode ser necessário para garantir que a pessoa esteja preparada para gerir o cuidado necessário no domicílio.

Relativamente ao ensino dos exercícios ao membro do lado afetado depois da cirurgia de mama para restaurar a amplitude de movimento, Rodrigues (2012) menciona que enquanto enfermeiros é fulcral:

“(...) assegurar a manutenção das capacidades funcionais das doentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, bem como proporcionar-lhes intervenções terapêuticas cujo objetivo é melhorar funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e profissional, ou seja, minimizando-lhes o impacto das incapacidades instaladas” (p. 57).

De referenciar ainda que apenas a intervenção “Ensinar sobre o autocontrolo da dor” surge com **consenso moderado** apresentando um **grau de concordância 88,9%**, uma **mediana e moda** centrada no score “**concordo totalmente**”, no entanto, com um **maior grau de dispersão (DP>1,00)**. De facto, tal como referem Monahan e col. (2010), o grau de desconforto sentido varia de doente para doente e segundo o seu grau de tolerância à dor. Lembramos que a maioria das doentes já não tem praticamente dores aquando da alta, necessitando apenas de analgésicos ligeiros, no entanto, defendem que a analgesia controlada pela doente pode ser uma intervenção eficaz.

Portanto, o ensino ao doente e sua família é um importante papel de enfermagem que pode fazer a diferença na capacidade do doente e da família para se adaptar às condições crônicas (Smeltzer et al., 2011).

QUADRO 54: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Envolver”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
33. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no plano de cuidados.	100%	6,67	7	7	0,594
34. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de controlo da dor.	94,4%	6,22	6	7	0,878
35. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gestão da doença.	100%	6,50	7	7	0,618
36. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de mudanças de papéis.	100%	6,50	7	7	0,786
37. Envolver a pessoa no plano de cuidados.	100%	6,83	7	7	0,383

No âmbito da intervenção de enfermagem que implica a ação “Envolver” o consenso entre os elementos do painel de peritos foi **elevado**, situando-se ao nível de concordância entre **94,4% e 100%**, com uma **mediana** centrada entre o **score seis e sete** e a **moda no score sete**, com **baixo grau de dispersão (DP<1,00)**. De ressaltar a intervenção “*Envolver a pessoa no plano de cuidados*” destacada pelos peritos, que apresenta uma média superior ($\bar{X}=6,83$) em comparação com os outros itens neste campo e um desvio-padrão reduzido (DP=0,383). Este aspeto é sustentado por Monahan e col. (2010), bem como outros autores que defendem a promoção da participação da doente no plano de tratamento.

QUADRO 55: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Estabelecer”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
38. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).	100%	6,56	7	7	0,705

Na intervenção de enfermagem do eixo de ação “Estabelecer” verificámos um **consenso elevado**, com um **grau de concordância de 100%**, uma **mediana e moda no score “concordo totalmente”** e um **baixo grau de dispersão (DP<1,00)**. Segundo Pinto (2009, p. 79) esta “(...) *estratégia congrega esforços, possibilitando a organização e coordenação quanto às metas a atingir e os meios mais apropriados para as concretizar, promovendo a confiança da mulher na equipa*”.

QUADRO 56: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Facilitar", de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
39. Facilitar a participação da família (ou pessoas significativas) no processo de tomada de decisão.	100%	6,06	6	6	0,725

Em relação à intervenção de enfermagem que abrange o eixo de ação "Facilitar" obtivemos, do painel de peritos, um **consenso elevado**, com um **grau de concordância 100%**, uma **mediana e moda situadas no score seis**, sendo **baixo o grau de dispersão (DP<1,00)**. "A inclusão da família, é muito importante, e muito especialmente do conjugue ou parceiro, em todas as discussões sobre o tratamento é vital para se obterem bons resultados" (Monahan et al., 2010, p. 1820).

QUADRO 57: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Incentivar", de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
40. Incentivar a adoção de estratégias de coping eficazes.	100%	6,72	7	7	0,461
41. Incentivar a autonomia no autocuidado.	100%	6,83	7	7	0,383
42. Incentivar a pessoa a identificar percepções positivas sobre o seu corpo.	100%	6,72	7	7	0,461
43. Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.	100%	6,67	7	7	0,594
44. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	100%	6,50	7	7	0,618
45. Incentivar a realizar a técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	100%	6,67	7	7	0,485
46. Incentivar apoio espiritual (p. ex., meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).	88,9%	5,72	6	6	0,895
47. Incentivar atividade física.	100%	6,56	7	7	0,616
48. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.	94,5%	6,78	7	7	0,732
49. Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.	100%	6,78	7	7	0,647
50. Incentivar mudanças no estilo de vida.	100%	6,17	6,50	7	0,924
51. Incentivar o recurso a técnicas de distração.	100%	6,17	6	6	0,786
52. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	100%	6,50	7	7	0,618
53. Incentivar pessoa a procurar fontes de motivação.	100%	6,67	7	7	0,594

No âmbito do eixo de ação "Incentivar" como intervenção de enfermagem verificámos que o **consenso foi elevado**, com um **grau de concordância que oscila entre 88,9% a 100%**, uma **mediana e moda centrada entre o score seis e sete**, com um **grau de dispersão reduzido (DP<1,00)**. Em destaque emerge a intervenção de enfermagem "Incentivar a autonomia no autocuidado" com média superior e desvio-padrão inferior comparativamente com as outras intervenções ($\bar{X}=6,83$; $DP=0,383$). De acordo com Costa (2011, p. 58) "(...) medidas

economicistas levam a internamentos cada vez mais curtos o que remete os enfermeiros para a necessidade de programar cuidados que visem a promoção da autonomia, autocuidado e independência da pessoa doente num curto espaço de tempo”.

QUADRO 58: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: "Informar", de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
54. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	100%	5,89	6	5	0,900
55. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.	94,4%	6,39	7	7	0,916
56. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	100%	6,78	7	7	0,428
57. Informar a pessoa sobre o processo de dor.	100%	6,50	7	7	0,618
58. Informar sobre a importância da realização de exames no <i>follow-up</i> (autoexame, mamografia, ecografia).	100%	6,89	7	7	0,323
59. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).	100%	6,78	7	7	0,428
60. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	100%	6,56	7	7	0,784
61. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	94,5%	6,11	6,50	7	1,278
62. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	100%	6,67	7	7	0,594
63. Informar sobre reconstrução mamária.	94,5%	6,22	7	7	1,263

Relativamente a intervenção de enfermagem que incide sobre o eixo de ação “Informar” constatámos um **consenso moderado** pelo painel de peritos nas seguintes intervenções:

- “*Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)*” com um **grau de concordância de 94,5%**, uma mediana e moda centrada no score “**concordo totalmente**”, no entanto, com maior dispersão dos dados (DP>1,00);
- “*Informar a família (ou pessoas significativas) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)*” com o valor da moda situada no score “**concordo parcialmente**”;
- “*Informar sobre reconstrução mamária*” com um **grau de concordância de 94,5%**, uma mediana e moda centrada no score “**concordo totalmente**”, no entanto, com maior dispersão dos dados (DP>1,00).

Nas restantes intervenções verifica-se um **consenso elevado**, com um **grau de concordância entre 94,4%-100%**, uma mediana e moda situadas no score

“concordo totalmente” e baixo grau de dispersão ($DP < 1,00$), entre as quais salientamos a intervenção “*Informar sobre a importância da realização de exames no follow-up (autoexame, mamografia, ecografia)*” com uma média superior ($\bar{X} = 6,89$) e com um desvio-padrão mais reduzido ($DP = 0,323$). De acordo com Monahan e colaboradores (2010) pode-se verificar recorrência ou desenvolvimento do cancro na mama contralateral, devendo o enfermeiro informar sobre a importância de realizar o autoexame da mama, e de que as mamografias de controlo e os exames clínicos da mama são parte integrante dos cuidados a longo prazo, nunca sendo demais realçar a necessidade de realizar estes exames.

QUADRO 59: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Instruir”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
64. Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	100%	6,72	7	7	0,575
65. Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	94,5%	6,28	7	7	1,447

No eixo de ação “Instruir” as intervenções de enfermagem obtiveram **consenso moderado** em relação “*Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s)*” apresentando um grau de concordância **94,5%**, uma mediana e moda no score sete e com maior grau de dispersão ($DP > 1,00$). Em relação à intervenção “*Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)*” obtivemos um **consenso elevado** por parte dos peritos, verificando-se um grau de concordância de **100%**, uma mediana e moda no score sete e um baixo grau de dispersão ($DP < 1,00$). Portanto, segundo Costa (2011, p. 10):

“(...) é necessário que a reabilitação e a alta hospitalar destas mulheres sejam planeadas pela equipa inter/multidisciplinar da qual fazem parte os enfermeiros, para que possam ser informadas, instruídas e treinadas acerca dos cuidados a ter, assim como sobre os exercícios que previnam e recuperem a capacidade funcional do membro homolateral à mastectomia”.

QUADRO 60: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Orientar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
66. Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	94,5%	6,22	7	7	0,943

Em relação à intervenção de enfermagem que abrange o eixo de ação “Orientar” constatamos um **consenso elevado** com um **grau de concordância 94,5%**, uma **mediana e moda no score sete** e um **baixo grau de dispersão (DP<1,00)**. Pereira e colaboradores (2006) referem que a principal estratégia de cuidado são as atividades grupais, com as quais se procura promover a autoestima da mulher, contribuindo para sua qualidade de vida. Rodrigues, Silva e Fernandes (2003) corroboram afirmando que os grupos de apoio são uma estratégia inovadora que vem sendo construída e aprimorada a cada dia, sendo constituídos por uma equipe multiprofissional (como enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, entre outros) que planeiam atividades, visando a promoção e reabilitação da saúde.

QUADRO 61: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Planear”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
67. Planear consultas (presenciais ou telefônicas).	94,5%	6,50	7	7	0,857
68. Planear visitas domiciliárias.	89%	5,89	7	7	1,605

No domínio “Planear” as intervenções de enfermagem obtiveram **consenso moderado** em relação “Planear visitas domiciliárias” apresentando um **grau de concordância 89%**, uma **mediana e moda no score sete** e com **maior grau de dispersão (DP>1,00)**. A intervenção “Planear consultas (presenciais ou telefônicas)” obteve um **consenso elevado** por parte dos peritos, verificando-se um **grau de concordância 94,5%**, uma **mediana e moda no score sete** e um **baixo grau de dispersão (DP<1,00)**. Todo o ensino deve ser reforçado durante as consultas programadas e por telefone, e muitas vezes as doentes que têm dificuldade em gerir os cuidados pós-operatórios em casa podem beneficiar de visitas domiciliárias, possibilitando que o enfermeiro avalie a incisão cirúrgica, a adequação do tratamento da dor, a adesão ao plano de exercícios e o funcionamento físico e psicológico, constituindo uma grande fonte de conforto e segurança para a doente e membros da família, devendo incentivá-los a telefonar quando tiverem qualquer dúvida ou preocupação (Smeltzer et al., 2011).

QUADRO 62: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Providenciar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
69. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).	100%	6,78	7	7	0,428

Em relação à intervenção de enfermagem que incide sobre o eixo de ação “Providenciar” constatámos um **consenso elevado** com um **grau de concordância 100%**, uma **mediana e moda no score sete** e um **baixo grau de dispersão (DP<1,00)**. As estratégias e os materiais de ensino devem ser adaptadas individualmente para a doente, de tal modo que ela e a família possam compreender e acompanhar as recomendações dos profissionais de saúde (Smeltzer et al., 2011).

QUADRO 63: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Referir”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
70. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	94,5%	6,44	7	7	0,856

Relativamente à intervenção de enfermagem que compreende o eixo de ação “Referir” verificámos um **consenso elevado** com um **grau de concordância 94,5%**, uma **mediana e moda no score sete** e um **baixo grau de dispersão (DP<1,00)**. De facto, referir a doente para uma nutricionista, um assistente social, um psiquiatra ou um fisioterapeuta pode proporcionar um suporte adicional, em que o diagnóstico precoce e encaminhamento atempado para estes e outros profissionais contribui para uma melhor qualidade de vida (Monahan et al., 2010; Smeltzer et al., 2011).

QUADRO 64: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Supervisionar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
71. Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	89%	6,17	7	7	1,098
72. Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	94,5%	6,17	7	7	1,465

No eixo de ação “Supervisionar” as intervenções de enfermagem obtiveram **consenso moderado**, apresentando um **grau de concordância** que oscila entre **89%-94,5%**, uma **mediana e moda no score sete** e com **maior grau de dispersão (DP>1,00)**. Segundo a CIPE® (ICN, 2011, p. 99) supervisionar consiste em “(...)inspecionar o progresso de alguém ou alguma coisa”, sendo fulcral no pós-

operatório verificar se a doente participa ativamente nas medidas de autocuidado e realiza os exercícios de acordo com a prescrição (Smeltzer et al., 2011).

QUADRO 65: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Treinar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
73. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	94,4%	6,22	7	7	1,478
74. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	94,5%	6,33	7	7	1,455

No eixo de ação “**Treinar**” as intervenções de enfermagem obtiveram por parte do painel de peritos um nível de **consenso moderado**, apresentando um **grau de concordância de 94,5%**, uma **mediana e moda no score sete** e com **maior grau de dispersão (DP>1,00)**, Costa (2011) salienta a importância do treino de habilidades, formação prática no sentido de serem consolidadas as capacidades/habilidades e os conhecimentos.

Estes resultados obtidos no questionário de Delphi - 1ª Ronda permitiram uma clarificação sobre as “*intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*”, em que constatamos que das **74 intervenções** apresentadas aos peritos, **uma intervenção obteve consenso excelente, 63 intervenções obtiveram consenso elevado e 10 intervenções alcançaram um consenso moderado**, cumprindo assim os critérios de inclusão por nós previamente definidos, tendo sido incluídas no primeiro esboço do programa de intervenção. Contudo, no Questionário de Delphi - 1ª Ronda emergiram **cinco intervenções** apontadas pelos peritos (quadro 66), tendo sido elaborado o Questionário de Delphi - 2ª Ronda, para percebermos o nível de concordância em relação a essas intervenções, sendo novamente solicitado a colaboração do painel de peritos.

QUADRO 66: Intervenções de enfermagem sugeridas pelos peritos no Questionário Delphi - 1ª Ronda

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
1. Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.
2. Ensinar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre estratégias de apoio.
3. Ensinar estratégias de prevenção do linfedema.
4. Informar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre a importância do seu apoio na gestão da doença.
5. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências.

6.2.2. Intervenções Resultantes da Análise por Peritos: Questionário Delphi-2ª Ronda

No segundo *round* decidimos inquirir os membros do painel definidos para o round anterior, procedendo à aplicação do questionário que contemplava as cinco intervenções referenciadas pelo painel de especialistas no questionário de Delphi-1ª Ronda, tendo sido realizada a sua análise mantendo o recurso à estatística descritiva e aplicação dos critérios de consenso.

Seguidamente apresentamos, por ordem alfabética as intervenções de enfermagem sugeridas pelos peritos de acordo com os diversos campos de ação “Apoiar”, “Ensinar”, “Informar”, “Promover” em que referenciamos o nível de concordância analisado e o consenso obtido, tendo em consideração as respostas obtidas.

QUADRO 67: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Apoiar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
75. Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.	94,5%	6,22	7	7	1,309

A intervenção de enfermagem no eixo de ação “Apoiar” obteve do painel de peritos um **consenso moderado**, com um **grau de concordância 94,5%**, uma **mediana e moda centrada no score “concordo totalmente”**, no entanto, com **maior dispersão dos dados (DP>1,00)**. O conceito sentido de vida tem sido encarado como uma variável potencialmente relacionada com o bem-estar e melhor saúde (Kleftaras e Psarra, 2012; Skrabsi et al., 2005), ou com o ajustamento à doença (Sherman e Simonton, 2012). Taylor (1993) cit. por Butkutė e Perminas (2005) corrobora referindo que adaptação à doença se correlaciona diretamente com o significado positivo da vida, sendo relevante incidir sobre esta área de intervenção na promoção da adaptação à nova condição de saúde.

QUADRO 68: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Ensinar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
76. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre estratégias de apoio.	89 %	6,28	7	7	1,364
77. Ensinar estratégias de prevenção do linfedema.	100%	6,56	7	7	0,705

Relativamente às intervenções de enfermagem no eixo de ação “Ensinar” comprovámos um **consenso moderado** na área de “*Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre estratégias de apoio*” com um **grau de concordância de 89%**, uma **mediana e moda** centradas no score “**concordo totalmente**”, no entanto apresenta um **maior grau de dispersão (DP > 1,00)**.

Na intervenção seguinte “*Ensinar estratégias de prevenção do linfedema*” verificámos um **consenso elevado**, com um **grau de concordância de 100%**, uma **mediana e moda** situada no score “**concordo totalmente**” e um **grau de dispersão reduzido (DP < 1,00)**. As complicações tardias, específicas desta patologia, prendem-se com o aparecimento de hematomas no local da incisão, acompanhados ou não de dor, infeção da ferida operatória e linfedema que se caracteriza pelo aparecimento de edema do membro superior do lado operado, devido à obstrução das vias linfáticas, ao nível da axila, estendendo-se pelo braço e antebraço. Este deverá ser prevenido desde cedo através da observação e deteção de sinais inflamatórios, adotando posicionamentos corretos, preferencialmente com elevação do membro afetado, com o intuito de facilitar o retorno da linfa, promoção de exercícios de drenagem linfática e fisioterapia (Amorim, 2007).

“*A recuperação da funcionalidade do ombro e braço, assim como a prevenção do linfedema pode ser feita através de exercícios específicos. Nos primeiros seis meses após a cirurgia, a utilização de pesos deve ser evitada, sendo aconselhados exercícios de flexibilidade dentro das amplitudes confortáveis*” (Costa, 2011, p. 40).

QUADRO 69: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Informar”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO-PADRÃO
78. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre a importância do seu apoio na gestão da doença.	100%	6,67	7	7	0,594

No eixo de ação “Informar”, a intervenção de enfermagem supramencionada apresenta um **nível de consenso elevado**, com um **grau de concordância de 100%** em que a **mediana e a moda** se situam no score “**concordo totalmente**”, apresentando um **baixo grau de dispersão (DP < 1,00)**. A família desempenha um papel fundamental neste processo de doença vivenciando, tal como a mulher, uma situação de crise, sendo importante que a família seja envolvida neste processo para que possa compreender e apoiar a mulher na nova situação (Pinto, 2009).

QUADRO 70: Intervenção de enfermagem no eixo de ação: “Promover”, de acordo com o painel de peritos

	CONCORDÂNCIA (%)	MÉDIA	MEDIANA	MODA	DESVIO- PADRÃO
79. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências.	94,4%	6,11	6	6	1,410

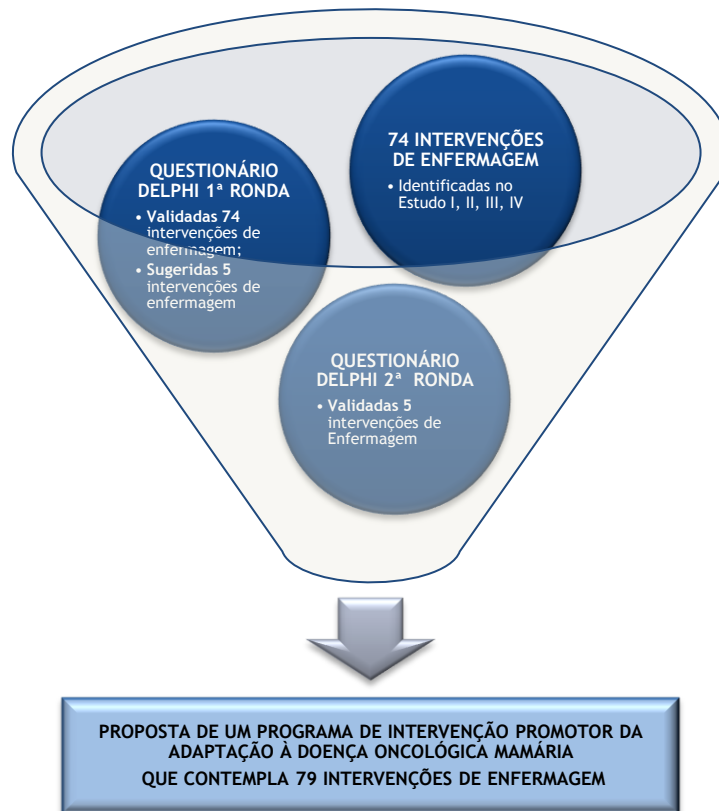
Em relação à intervenção de enfermagem no eixo de ação “**Promover**” verifica-se um **consenso moderado** com um **grau de concordância de 94,4%**, uma **mediana e moda** centrado no score “**concordo**”, no entanto, apresenta um **maior grau de dispersão (DP>1,00)**. A formação de grupos com pessoas que experimentam situações de vida ameaçadoras à sua saúde e à existência humana são de reconhecido potencial terapêutico, aliando os benefícios terapêuticos da participação em grupo, aos igualmente benefícios, na promoção de suporte social (Guerra e Lima, 2005), de estratégias de *coping* e bem-estar emocional (Vos et al., 2004).

Nesta investigação, o método de Delphi foi eleito devido ao seu valor em evidenciar e conduzir os participantes a alcançarem um consenso, o que permitiu construir uma base estruturada de conhecimentos sobre o fenómeno em estudo.

O recurso ao método de Delphi permitiu uma reflexão individual e coletiva sobre as “*intervenções promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*”, sem as desvantagens que as reuniões presenciais costumam apresentar, principalmente o predomínio de algumas opiniões individuais em detrimento das opiniões dos demais indivíduos e do grupo. Além disso proporcionou a integração e a sinergia de ideias e visões entre os peritos, consolidando o conhecimento sobre o fenómeno em estudo, não só pelas respostas - que incorporam esforço de reflexão e opiniões de especialistas nos temas tratados - mas também porque o próprio método ensejou, através das rondas, a **validação de 74 intervenções de enfermagem** apresentadas no questionário de Delphi - 1ª Ronda, identificadas no **estudo I, estudo II, estudo III e estudo IV**.

Da realização do **estudo V** emergiu consenso entre os peritos, visto que **4% (n=1)** das intervenções obtiveram **consenso excelente**, **85% (n=63)** obtiveram **consenso elevado** e **14% (n=10)** intervenções alcançaram um **consenso moderado**. Estes resultados proporcionaram o aprimoramento do programa de intervenção, com o acréscimo de **mais cinco intervenções** de enfermagem que alcançaram **60% (n=3)** de **consenso moderado** e **40% (n=2)** de **consenso elevado**, enriquecendo assim este estudo de investigação (Figura 4).

FIGURA 4: Esquema geral dos resultados obtidos no Estudo V



De facto, esta abordagem é indicada para situações sob inexistência de dados, necessidade de abordagem interdisciplinar ou para estímulo a criação de novas ideias (Scarparo et al., 2012). De acordo com Kayo e Securato (1997) e Wright e Giovinazzo (2000) também visa a prospeção de tendências futuras sobre o objeto em estudo e permite extrair perspectivas estruturais de um determinado assunto.

Concluimos assim, que os **estudos I, II, III, IV** desenvolvidos com a complementaridade do método de Delphi, contribuíram para o avanço científico na elaboração de futuros programas de intervenção no âmbito da “... *adaptação à doença oncológica mamária*”.

7. PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA: DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Na disciplina de enfermagem urge a elaboração de programas intervenção, que podem constituir uma poderosa ferramenta para a promoção e desenvolvimento contínuo da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, representando um importante recurso mobilizador, estimulador e facilitador das atividades promotoras da adaptação.

Os estudos I, II, III, IV e V concretizados nesta investigação, permitiram desenvolver uma proposta de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária que contempla um total de 79 intervenções de enfermagem baseadas numa convergência e complementaridade dos resultados obtidos. Esta proposta visa contribuir para a elaboração de um futuro programa que possibilite melhorar, de modo significativo, a qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito (Figura 5).

FIGURA 5: Esquema dos resultados obtidos no Estudo I, II, III, IV e V



Perante a proposta do programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária (Anexo XIII) constatámos a presença de “ações chave” de intervenção: **Aconselhar, Apoiar, Assistir, Encorajar, Ensinar, Envolver, Estabelecer, Facilitar, Incentivar, Informar, Instruir, Orientar, Planear, Promover, Providenciar, Referir, Supervisionar e Treinar**, cada uma delas com um conjunto de intervenções associadas (Figura 6).

FIGURA 6: Quadro Síntese do Programa de Intervenção de Enfermagem Promotor da Adaptação à Doença Oncológica Mamária

ACONSELHAR	<ul style="list-style-type: none"> • DISPOSITIVOS DE ADAPTAÇÃO
APOIAR	<ul style="list-style-type: none"> • CRENÇAS ERRADAS • ESTABELECEER PRIORIDADES • MUDANÇAS DOS PAPÉIS • GERIR EMOÇÕES • IDENTIFICAR POTENCIALIDADES • ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> • ALCANÇAR METAS • CONSTRUÇÃO DO SENTIDO DE VIDA • PROCURA DE ESPERANÇA NA VIDA • ACEITAÇÃO DA DEPENDÊNCIA NO AUTOUIDADO • PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO
ASSISTIR	<ul style="list-style-type: none"> • REGIME DE EXERCÍCIO DO(S) MEMBRO(S) AFETADO(S)
ENCORAJAR	<ul style="list-style-type: none"> • EXPRESSÃO DE EMOÇÕES • ASSUMIR RESPONSABILIDADES • CONCENTRAR-SE NUM FATOR DE STRESSE • CONTROLAR AS CAUSAS/FATORES QUE PREJUDICAM O PADRÃO DE SONO • FALAR SOBRE A SUA SEXUALIDADE • ATIVIDADES SOCIAIS/COMUNITÁRIAS • COMPORTAMENTO INTERATIVO
ENSINAR	<ul style="list-style-type: none"> • A FAMÍLIA: A PREVENIR COMPLICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO • A FAMÍLIA: ESTRATÉGIAS DE APOIO • A FAMÍLIA: REGIME MEDICAMENTOSO • ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DO LINFEDEMA • ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR COMPLICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO • ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR O LINFEDEMA • ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A VIDA SEXUAL • ESTRATÉGIAS PARA PREVENIR COMPLICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO • ADEQUAÇÃO NO AUTOUIDADO • MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR • AUTOCONTROLO DA DOR • REGIME DIETÉTICO • REGIME MEDICAMENTOSO • TÉCNICA DE EXERCÍCIOS DO(S) MEMBRO(S) AFETADO(S) • TÉCNICAS DE RELAXAMENTO
ENVOLVER	<ul style="list-style-type: none"> • A FAMÍLIA: PLANO DE CUIDADOS • A FAMÍLIA: CONTROLO DA DOR • A FAMÍLIA: GESTÃO DA DOENÇA • A FAMÍLIA: MUDANÇAS DE PAPÉIS • PLANO DE CUIDADOS
ESTABELECEER	<ul style="list-style-type: none"> • PLANO PARA DEFINIR AS METAS
FACILITAR	<ul style="list-style-type: none"> • PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA TOMADA DE DECISÃO
INCENTIVAR	<ul style="list-style-type: none"> • ADOÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> EFICAZES • AUTONOMIA NO AUTOUIDADO • IDENTIFICAR PERCEÇÕES POSITIVAS SOBRE O SEU CORPO • IDENTIFICAR RESULTADOS POSITIVOS DE EXPERIÊNCIAS PASSADAS • OLHAR E TOCAR A PARTE DO CORPO AFETADA • REALIZAR A TÉCNICA DE EXERCÍCIOS DO(S) MEMBRO(S) AFETADO(S) • APOIO ESPIRITUAL • ATIVIDADE FÍSICA • ATIVIDADES PARA MELHORAR A AUTOESTIMA • ATIVIDADES PARA MELHORAR A AUTOIMAGEM • MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA • TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO • TÉCNICAS DE RELAXAMENTO • PROCURAR FONTES DE MOTIVAÇÃO
INFORMAR	<ul style="list-style-type: none"> • A FAMÍLIA: GESTÃO DA DOENÇA • A FAMÍLIA: PROCESSO DE DOENÇA • SINGULARIDADE NO PROCESSO DE DOENÇA • PREVENÇÃO DE LINFEDEMA • PROCESSO DE DOR • EXAMES NO <i>FOLLOW-UP</i> • DISPOSITIVOS DE ADAPTAÇÃO • MUDANÇAS PREVISÍVEIS NA IMAGEM CORPORAL • PROCESSO DE DOENÇA • POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES/EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO • RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA
INSTRUIR	<ul style="list-style-type: none"> • ADEQUAÇÃO NO AUTOUIDADO • TÉCNICA DE EXERCÍCIOS DO(S) MEMBRO(S) AFETADO(S)
ORIENTAR	<ul style="list-style-type: none"> • TERAPIA COM GRUPO DE APOIO
PLANEAR	<ul style="list-style-type: none"> • CONSULTAS (PRESENCIAIS OU TELEFÓNICAS) • VISITAS DOMICILIÁRIAS
PROMOVER	<ul style="list-style-type: none"> • DINÂMICAS DE GRUPO
PROVIDENCIAR	<ul style="list-style-type: none"> • MATERIAL EDUCATIVO
REFERIR	<ul style="list-style-type: none"> • PROFISSIONAL DE SAÚDE
SUPERVISIONAR	<ul style="list-style-type: none"> • ADEQUAÇÃO NO AUTOUIDADO • TÉCNICA DE EXERCÍCIOS DO(S) MEMBRO(S) AFETADO(S)
TREINAR	<ul style="list-style-type: none"> • ADEQUAÇÃO NO AUTOUIDADO • TÉCNICA DE EXERCÍCIOS DO(S) MEMBRO(S) AFETADO(S)

O “*Modelo de Adaptação de Roy*” apresentou-se como uma referência na interpretação dos resultados obtidos, proporcionando a identificação de estímulos que encaramos como “áreas de intervenção” que podem desencadear respostas, positivas ou negativas, facultando que o enfermeiro atue como mediador, visando a melhoria da assistência prestada ao doente. A assistência de enfermagem desenvolvida, recorrendo ao “*Modelo de Adaptação de Roy*”, facilitou a compreensão da importância de incidirmos sobre os **quatro modos adaptativos** que devem ser considerados na implementação das intervenções, com o propósito de o cliente evoluir satisfatoriamente, apresentando comportamentos adaptativos.

Relativamente às **áreas de intervenção**, surgiram diversos focos de atenção pertinentes na promoção da adaptação à nova condição de saúde, entre os quais, no **modo adaptativo fisiológico** (p. ex., **prevenção do linfedema**), no **modo adaptativo de autoconceito** (p. ex., **imagem corporal**), no **modo adaptativo de função na vida real** (p. ex., **mudanças nos papéis**), e no **modo interdependência** (p. ex., **comportamento interativo**). No entanto, é necessário continuar a explorar o fenómeno em estudo, estar desperto para intervir mais e melhor, sendo essencial testar esta proposta de programa, avaliar o seu contributo através de instrumentos de avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem.

Além disso, é fundamental que os enfermeiros enquanto agentes promotores deste processo adaptativo, desenvolvam estratégias renovadoras de intervenção com o **recurso à família/pessoa significativa como aliado de enfermagem**, através de **terapias de grupo**, de **consultas telefónicas** que promovem o suporte social e permitem um acompanhamento de proximidade, visando assim a promoção e reabilitação da saúde da mulher com cancro de mama.

O programa de intervenção que construímos procura essencialmente, com a posterior implementação com sucesso na prática clínica, contribuir para melhorias significativas no estado emocional, diminuir os níveis de stresse, aumentar o nível conhecimento sobre o processo de doença, maximizar a qualidade de vida, promover o bem-estar, fomentando assim uma melhor adaptação da mulher com patologia oncológica mamária a uma “nova vida”.

Enquanto enfermeiros devemos ser agentes facilitadores do processo adaptativo, de forma a proporcionar à pessoa com cancro de mama, uma oportunidade de crescimento, otimizando os seus recursos próprios e impulsionando o alcance da sua readaptação.

Consideramos ainda, que cada vez mais, os enfermeiros têm uma função primordial na gestão da doença crónica e o recurso a enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica pode constituir uma resposta estratégica em todo o processo de adaptação da mulher com diagnóstico de cancro de mama, enfatizando a qualidade das intervenções de enfermagem, concebendo, implementando e avaliando os planos de cuidados, numa abordagem holística da saúde da pessoa e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir o seu sofrimento.

Em relação às limitações do estudo, é considerável que numa investigação na área das ciências Humanas manifeste uma multiplicidade de limitações, as quais devem ser tidas em consideração na avaliação dos resultados obtidos, nomeadamente na generalização de natureza estatística.

Como limitação ao estudo referenciamos, o tipo de abordagem qualitativo, em relação à leitura dos resultados que impossibilita a sua generalização. No entanto, este trabalho não termina por aqui tendo sido prosseguido pela mestranda em oncologia (que participou nos estudos I, II, III, IV) que através de uma abordagem quantitativa alargada irá analisar esta proposta do programa de intervenção à luz de uma amostra de 500 enfermeiros, para posteriormente avançarmos para a sua implementação e avaliação num estudo quase-experimental, com recurso ao instrumento de avaliação da efetividade das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação.

De salientar que pretendemos que o programa de intervenção elaborado seja uma ferramenta a utilizar ao longo do percurso de adaptação, de forma longitudinal, tendo sido por isso uma limitação o desenho transversal deste estudo.

Outro aspeto a destacar e que não podemos deixar de mencionar, que pela escassez de contributos da evidência científica nacional, globalmente os estudos citados incidem em contextos que não os da realidade portuguesa.

Portanto, estamos conscientes das limitações existentes e, de certo modo não é plausível, a partir dos resultados encontrados fomentar a generalização de outros. No entanto, consideramos atendendo ao carácter da investigação e ao rigor implementado no processo, que não será de desvalorizar a relevância dos resultados.

Para além da discussão dos resultados obtidos na investigação e da constatação das suas limitações, é imprescindível refletir sobre as implicações que podem advir deste tipo de estudo, tanto para a prática de enfermagem, como para futuras investigações.

Relativamente às implicações para a prática de cuidados, consideramos que o recurso ao programa de intervenção promotor da adaptação à doença oncológica mamária, permite a sistematização e uniformização das intervenções, a continuidade de cuidados, em relação ao processo de adaptação, incita para o desenvolvimento de outros programas de intervenção noutras áreas também relevantes na disciplina de enfermagem, permitindo otimizar as intervenções enunciadas nos sistemas de informação utilizados pelos serviços de saúde e promovendo as boas práticas de enfermagem ou cuidados de enfermagem de excelência.

Neste contexto específico, pretendemos que este estudo possa ser um contributo para a elaboração de um futuro programa de intervenção promotor da adaptação à doença oncológica mamária. Esta problemática é cada vez mais relevante na atualidade, pelas implicações, quer a nível dos processos individuais da pessoa, quer a nível da gestão dos cuidados de enfermagem.

Tendo por base o reconhecimento do impacto da doença oncológica mamária nas diversas dimensões da pessoa e ao longo do seu processo de adaptação à doença, consideramos que intervenções de enfermagem baseadas na evidência podem fazer a diferença neste processo, sendo premente a construção de um programa de intervenção e sua aplicabilidade no contexto clínico.

É fundamental que se sistematize uma prática de enfermagem baseada em cuidados de excelência, sendo para tal indispensável a elaboração e implementação de um programa de forma longitudinal, permitindo assim avaliar resultados em saúde proporcionando por um lado bem-estar e qualidade de vida, e por outro o reconhecimento e visibilidade da ciência de enfermagem que se confronta com desafios constantes no mundo da saúde.

Acreditamos que o investimento em intervenções de enfermagem de qualidade e evidência traria benefícios a curto, médio e a longo prazo, quer em eficácia, quer na consolidação do conhecimento da disciplina enfermagem nesta área em estudo, na prática clínica e empírica. Por esta razão, pretendemos contribuir para o desenvolvimento, implementação e avaliação do programa de intervenção dirigido a mulheres com cancro de mama, no sentido do desenvolvimento de uma enfermagem de qualidade e mais significativa para as pessoas.

CONCLUSÃO

A investigação constitui um dos alicerces de sustentação de uma profissão, pois a partir dela ocorre a produção de um corpo de conhecimentos que fundamentam o exercício profissional e a formação de futuros profissionais, além de salvaguardar as exigências sociais que se apresentam no mundo da enfermagem e, ainda, subsidiar a realização de novos estudos.

A gestão de doenças crónicas deve ser cada vez mais considerada uma questão importante pela disciplina de enfermagem, na procura de intervenções e estratégias para a enfrentar.

“A doença crónica não se constitui como uma entidade nosológica em si; é um termo abrangente que inclui doenças prolongadas, frequentemente associadas a um variável grau de incapacidade, de curso prolongado e geralmente de progressão lenta, com potencial de compensação e que implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, familiar, social, psicológico, emocional e espiritual)” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p. 1)

Tendo presentes as particularidades da doença crónica, entre as quais, ser permanente, produzir incapacidade residual, causar alterações patológicas irreversíveis, exigir um elevado envolvimento da pessoa para a sua reabilitação, exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados, é fundamental uma abordagem diferenciada pela equipa de enfermagem centrada nos conhecimentos sobre as exigências da readaptação e da manutenção da qualidade de vida.

A pessoa quando se depara com o diagnóstico de cancro de mama vê-se confrontada com sucessivas adaptações, desenvolvendo na maioria dos casos, grande vulnerabilidade biopsicossocial, sendo que esta realidade deve despertar a ciência de enfermagem para a promoção de uma intervenção organizada e sistematizada, contribuindo assim para o processo de adaptação. De facto, é necessário intervir de forma a impulsionar condições facilitadoras para uma resposta adaptativa, centrada em intervenções promotoras da adaptação física, psicológica e social e dirigidas à família/pessoa significativa como aliado neste processo de adaptação.

É essencial que os enfermeiros usem dos melhores dados disponíveis para tomar decisões nos cuidados aos utentes e executar intervenções de enfermagem fundamentadas em evidências. Através de uma base científica, com capacidade para explicar e prever, os enfermeiros são capazes de executar intervenções com base na investigação, consistentes e com resultados positivos.

Os programas de intervenção devem assim contemplar intervenções de enfermagem sustentadas em evidências, sistematizadas, contínuas e apoiadas em ferramentas capazes de traduzir a efetividade das intervenções de enfermagem, sendo fundamental para a implementação de cuidados de excelência.

Consideramos assim que os objetivos estabelecidos foram alcançados, contribuindo para o conhecimento mais aprofundado sobre a problemática em questão e possibilitou verificar o potencial de utilidade clínica de um futuro programa de intervenção, devendo ser aplicado em contexto clínico, para poder ser considerado na promoção do processo de adaptação.

Pelas limitações de tempo estabelecidas neste tipo de estudos, as restrições na obtenção de resultados foram diversas, havendo ainda etapas neste percurso de investigação que pretendíamos desenvolver. Em virtude da impossibilidade de o termos feito neste trabalho, seria imprescindível testar o programa que foi construído, de forma a poder atribuir o rigor necessário aos dados recolhidos com a sua aplicação, portanto sugerimos a continuidade desta trajetória com um possível trabalho de investigação, com o objetivo de avaliar este programa.

Reconhecemos que as *“intervenções promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”* que compõem o programa elaborado nesta investigação carecem ainda de futuros estudos para avaliação da sua eficácia na prática clínica. No entanto, este estudo poderá ser o ponto de partida de um percurso de investigação nesta área, numa busca incessante de conferir maior visibilidade ao cuidado de enfermagem.

É fundamental que os enfermeiros demonstrem, pelas intervenções que desempenham, competências em cada momento de atuação e valorizem a importância de implementar cuidados de enfermagem com *“Mais Enfermagem”*, *“Mais Qualidade”* e com *“Mais Evidência”*.

Consideramos de suprema relevância, a elaboração de programas de intervenção baseados na evidência teórica e prática, como a chave para a implementação de modelos de cuidados na doença, descentralizada na cura da doença em causa, ou seja, mais centrada na pessoa do que na doença. Este é o caminho...

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN CANCER SOCIETY - **Cancer facts and figures 2013**. [Em linha]. 2013. [Consult. 10 Maio 2013]. Disponível em WWW:<<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036845.pdf>>.
- AMORIM, C. M. B. F. - **Doença Oncológica da Mama Vivências de Mulheres Mastectomizadas**. Porto: Universidade do Porto, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- BADGER, T. [et al.] - Depression burden, psychological adjustment, and quality of life in women with breast cancer: patterns over time. *Research in Nursing & Health*. ISSN 0160-6891. Vol. 27, Nº 1 (2004), p.19-28.
- BAPTISTA, M. - **Aceitação da doença crónica: um estudo no adulto em tratamento de hemodiálise**. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2011. Dissertação de Doutoramento em Biomedicina.
- BARDIN, L. - **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. ISBN 978-972-44-1506-2.
- BULECHEK, G.; BUTCHER, H.; DOCHTERMAN, J. - **NIC: classificação das intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978-85-352-3442-8.
- BUTKUTÉ, R.; PERMINAS, A. - Giving Meaning to Life in Illness for Women with Breast Cancer. *Baltic Journal of Psychology*. ISSN 1407768X. Vol. 6, Nº 2 (2005), p. 15-24.
- CALADO, S.; FERREIRA, S. - **Análise de documentos: método de recolha e análise de dados**. [Em linha]. 2005. [Consult. 22 de Fev. 2013]. Disponível em WWW:<[URL:http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf](http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/analisedocumentos.pdf)>.
- CAMPOS, C. J. G. - Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. ISSN 0034-7167. Vol. 57, Nº 5 (2004), p. 611-614.
- CARDOSO, L. [et al.] - Prospecção de future e método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva. *Ambiente Construído*. ISSN 1415-8876. Vol. 5, Nº 3 (2005), p. 63-78.
- CASSIANI, S.; RODRIGUES, L. - A técnica de delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN 1982-0194. Vol. 9, Nº 3 (1996), p. 76-83.
- CASTRO, A.; REZENDE, M. - A técnica delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *Revista Mineira de Enfermagem*. ISSN 1415-2762. Vol. 13, Nº 3 (2009), p. 429-434.
- COLEMAN, E. A. [et al.] - The effect of telephone social support and education on adaptation to breast cancer during the year following diagnosis. *Oncology Nursing Forum*. ISSN 1538-0688. Vol. 32, Nº 4 (2005), p. 822-829.
- COSTA, I. - **Mulheres mastectomizadas: acesso à informação e aprendizagem de capacidades**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2011. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.
- CRAIG, J. V. - **Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros**. Lisboa: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-61-4.
- CRESWELL, J. W. - **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0892-0.

- CRUICKSHANK, S. [et al.] - Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. ISSN 1469-493X. Vol. 23, Nº 1 (2008), p. 1-34.
- DE RIDDER, D. [et al.] - Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*. ISSN 00995355. Vol. 372, Nº 9634 (2008), p. 246-255.
- DUARTE, N. - **Fisioterapia: influência na qualidade de vida da mulher com cancro de mama. Contributo para a qualidade do serviço em Oncologia**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2010. Tese de Mestrado de Gestão em Saúde.
- ECHER I. C. - A revisão de literatura na construção do trabalho científico. *Revista Gaúcha Enfermagem*. Porto Alegre. ISSN 0102-6933. Vol. 22, Nº 2 (2001), p. 5-20.
- FERNANDES, S. - **Preditores psicossociais do ajustamento à doença e tratamento em mulheres com cancro na mama: o papel do estado emocional, das representações de doença, do optimismo e dos benefícios percebidos**. Braga: Universidade do Minho, 2009. Tese de Doutoramento em Psicologia.
- FERREIRA L. [et al.] - Indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto das estratégias terapêuticas promotoras da adaptação em doentes com cancro de mama. *ONCONEWS*. ISSN 1646-7868. Ano V, Nº 18 (2011), p. 8-14.
- FILLION, L. [et al.] - a brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*. ISSN 1538-9804. Vol. 31, Nº 2 (2008), p. 145-59.
- FORTIN, M.-F. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2003. ISBN: 978-972-8383-10-7.
- FORTIN, M.-F. - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FRAGOSO, L.; GALVÃO, M.; CAETANO, J. - Cuidado ao portador de transplante hepático à luz do referencial teórico de Roy. *Revista de Enfermagem Referência*. ISSN 08740283. Vol. 3, Nº 1 (2010), p. 29-38.
- FREIXO, M. - **Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas**. 3ªed. Lisboa: Instituto Piaget, 2011. ISBN 978-989-659-077-2.
- FUKUI, S. [et al.] - The effect of a psychosocial group intervention on loneliness and social support for japanese women with primary breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. ISSN 1538-0688. Vol. 30, Nº 5 (2003), p. 823-830.
- FUKUI, S. [et al.] - A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping: nurses' communication with patients just after being diagnosed with cancer. *Cancer*. ISSN 0008-543X. Vol. 113, Nº 6 (2008), p. 1462-1470.
- GALLARDO, R.; OLMOS, R. - La tecnica delphi y la investigacion en los servicios de salud. *Ciencia Y Enfermaria*. ISSN 0717-9553. Vol. 14, Nº 1 (2008), p. 9-15.
- GANZ, P. [et al.] - Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*. ISSN 00278874. Vol. 96, Nº 5 (2004), p. 376-377.
- GAUTHIER, B. - **Investigação social: da problemática à colheita de dados**. 3ªed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X.
- GIOVINAZZO, R. - Modelo de aplicação da metodologia delphi pela internet - vantagens e ressalvas. *Revista Administração On Line*. ISSN 1517-7912. Vol. 2, Nº 2 (2001), p. 1-10.
- GUERRA, M.; LIMA, L. - **Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde**. Lisboa: Climepsi, 2005. ISBN: 972-796-161-4.
- GÜMUS, A.; ÇAM, O. - Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients. *Asian Pacific Journal Cancer Prevention*. ISSN 15137368. Vol. 9, Nº 4 (2008), p. 691-697.
- HAIR, J. [et al.] - **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005. ISBN 9788536304496.

- HAYNES, R. B. - Of studies, syntheses, synopses, summaries, and systems: the "5S" evolution of information services for evidence-based healthcare decisions. *Evidence-based medicine*. ISSN 1356-5524. Vol. 11, Nº 6 (2006), p. 162-164.
- HELGESON, V. - Recent advances in psychosocial Oncology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. ISSN 0022006X. Vol. 75, Nº 2 (2005), p. 268-271.
- ICN - **Classificação Internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP: versão Beta 2**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002. ISBN 972-98149-5-3.
- ICN - **International Classification for Nursing Practice: Version 1.0**, Geneva: International Council of Nurses. 2005. ISBN 92-95040-36-8.
- ICN - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0** (CIPE® versão 2- Tradução oficial Portuguesa), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011. ISBN 978-92-95094-35-2.
- JASSIM, G.; WHITFORD, D.; GREY, I. - Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 10 (2010), p. 1-10.
- JENNINGS-SANDERS, A. [et al.] - How do nurse case managers care for older women with breast cancer?. *Oncology Nursing Forum*. ISSN 0190535X. Vol. 32, Nº 3 (2005), p. 625-632.
- JOHNSON, M. [et al.] - **Ligações entre NANDA, NOC e NIC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN 978-85-363-1769-4.
- JUSTO, C. - Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde-metodologia da combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. ISSN 0870-9025. Vol. 13, Nº 4 (1995), p. 31-47.
- KAYO E.; SECURATO, J. - Método delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Cadernos de Pesquisa em Administração*. Vol. 1, Nº 4 (1997), p. 51-61.
- KENNEDY, H. - Enhancing delphi research: methods and results. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 03092402. Vol. 45, Nº 5 (2004), p. 504-511.
- KIRK M.; HUDIS C. - Insight into barriers against optimal adherence to oral hormonal therapy in women with breast cancer. *Clinical Breast Cancer*. ISSN: 1526-8209. Vol. 8, Nº 2 (2008), p. 155-61.
- KLEFTARAS, G.; PSARRA, E. - Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study. *Psychology*. Vol. 3, Nº 4 (2012) p. 337-345.
- LAURIDSEN, M. [et al.] - The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncologica*. ISSN 0284186X . Vol. 44, Nº 5 (2005), p. 449-457.
- LAVILLE, C.; DIONNE, J. - **A construção do saber: manual da metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999. ISBN 978-85-7307-489-5.
- LESSARD-HÉBERT, M.; GOYETTE, G. ; BOUTIN, G. - **Investigação qualitativa: fundamentos e práticas**. 2ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005. ISBN 972-771-737-3.
- LEWIN, R.; SINGLETON, J.; JACOBS, S. - Developing and evaluating clinical practice guidelines: a systematic approach In «Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice». 3ª ed. New York: Springer Publishing Company, 2008. ISBN 978-0-8261-1103-6. Cap. 1.
- LINSTONE, H.; TUROFF, M. - **The Delphi method: techniques and Applications**. [Em linha]. 2002. [Consult. 23 Nov. 2012]. Disponível na WWW: <URL: <http://www.is.njit.edu/pubs/delphibook/>>.

- LIU, L.-N. [et al.] - role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*. ISSN 0162-220X. Vol. 29, Nº 4 (2006), p. 273-82.
- LOBÃO, C. [et al.] - Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. *Revista Referência*. ISSN 0874-0283. II Série, Nº 11 (2009), p. 23-36.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. - **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. ISBN 85-277-0659-8.
- MACHADO, M. M. - **Adesão o regime terapêutico: representações das pessoas com irc sobre o contributo dos enfermeiros**. Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, 2009. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde.
- MALAK, A.; GÜMUS, A. - Nursing interventions and factors affecting physical, psychological and social adaptation of women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. ISSN 1513-7368. Vol. 10, Nº 1 (2009), p. 173-176.
- McARDLE, J. M., [et al.] - Psychological support for patients undergoing breast cancer surgery: a randomised study. *British Medical Journal International Edition*. ISSN: 0959-8146. Vol. 312, Nº 7034 (1996), p. 813-816.
- MELO, M. - **A Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-86-X.
- MIASKOWSKI, C.; SHOCKNEY, L.; CHLEBOWSKI, R. - Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. ISSN 1092-1095. Vol. 12, Nº 2 (2008), p. 213-221.
- MILHOMEM, A. [et al.] - Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no modelo de Orem. *Revista Eletrônica Enfermagem*. ISSN 1518-1944. Vol. 10, Nº 2 (2008), p. 321-336.
- MONAHAN, F. [et al.] - **Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença**. 8ª ed. Loures: Lusodidacta, 2010. ISBN 978-989-8075-22-2.
- MOORHEAD, S. [et al.] - **NOC: classificação dos resultados de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. ISBN 978-85-352-3443-5.
- MORAES, R. - Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação*. ISSN 1980-850X. Vol. 9, Nº 2 (2003), p. 191-211.
- MORENO-CASBAS, T. [et al.] - Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN: 0309-2402. Vol. 35, Nº 6 (2001), p. 857-863.
- MORSE, J. M. - **Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-89-4.
- NAPOLEÃO, A.; CARVALHO, E. - Aplicabilidade de intervenções prioritárias da NIC para o diagnóstico de enfermagem desobstrução ineficaz de vias aéreas. *Cogitare Enfermagem*. ISSN 1414-8536. Vol. 12, Nº 2 (2007), p. 9-19.
- NATIONAL BREAST CANCER CENTRE - **Specialist breast nurses: an evidence-based model for australian practice specialist breast nurse project team**. Australia: National Breast Cancer Centre, 2000. ISBN 1-876319712.
- NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP - **Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer**. Australia: AusInfo, 2001. ISBN 0642455465.
- NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE - **Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer**. Camperdown: NSW, 2003. ISBN 1-74127-006 5.

- NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES - **Quality assurance guidelines for clinical nurse specialists in breast cancer screening**. 4ª ed. Sheffield:NHS Cancer Screening Programmes, 2008. ISBN 978-1-84463-047-9.
- NOGUEIRA, M.; AZEREDO, Z.; SANTOS, A. - Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. ISSN 1518-1944. Vol. 14, Nº 4 (2012), p. 749-759.
- OKOLI, C.; PAWLOWSKI, S. - The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*. ISSN 03787206. Vol. 42, Nº 1 (2004), p. 15-29.
- OLIVEIRA, I. - **Vivências da mulher mastectomizada: abordagem fenomenológica da relação com o corpo**. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, 2004. ISBN 972-99144-0-0.
- ORDEM dos ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa, 2003.
- ORDEM dos ENFERMEIROS - **Investigação em Enfermagem: tomada de decisão**. [Em linha]. 2006. [Consult. 20 de Mar. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2_6Abr2006.pdf.
- ORDEM dos ENFERMEIROS - **Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa**. [Em linha]. 2011. [Consult. 5 de Jun. 2013]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE SituacaoCronicaPaliativa.pdf.
- OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. - Adherence to medication. *New England Journal of Medicine*. ISSN: 00284793. Vol. 353, Nº 18 (2005), p.1972-1974.
- OTTO, S. - **Enfermagem em oncologia**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-12-6.
- PANOBIANCO, M.; MAMEDE, M. - Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 10, Nº 4 (2002), p. 544-551.
- PEREIRA, S. [et al.] - Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. ISSN 0034-7167. Vol. 59, Nº 6 (2006), p. 791-795.
- PIMENTEL, F. - **Qualidade de vida e oncologia**. Coimbra: Edições Almedina, 2006. ISBN 9789724027913.
- PINTO, C. - **Doença oncológica da mama vivências de mulheres mastectomizadas**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2007. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- PINTO, C.; PAIS-RIBEIRO, J. L. - Sobrevivente de cancro: uma outra realidade!. *Texto contexto - Enfermagem*. ISSN 0104-0707. Vol. 16, Nº 1 (2007), p. 142-148.
- PINTO, M. C. G. - **As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar**. Porto: [s. n.], 2009. Tese de Mestrado em Oncologia.
- POLIT, D. F. ; BECK, C. T. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2545-3.
- POSSARI, J. F. - **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. 2ª ed. São Paulo: látria, 2007. ISBN 978-85-7614-032-0.
- POWELL, C. - The Delphi technique: myths e realities. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-24022003. Vol. 41, Nº 4 (2003), p. 376-382.
- PRADO, M. [et al.] - A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção e benefícios. *Revista Latino-Americana Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 12, Nº 3 (2004), p.494-502.

- PRICE, B. - Delphi survey research and older people. *Nursing Older People*. ISSN 14720795. Vol. 17, Nº 3 (2005), p. 25-31.
- RIBEIRO, J. L. P. - **Metodologia de investigação em psicologia e saúde**. 3ª ed. Porto: Livpsi, 2010. ISBN 978-989-8148-46-9.
- RODRIGUES, D.; SILVA R.; FERNANDES, A. - O processo adaptativo de mulheres mastectomizadas: grupo de apoio. *Revista Enfermagem UERJ*. ISSN 0104-3552. Vol. 11, Nº 1 (2003), p. 64-69.
- RODRIGUES, T. M. P. - **Mulheres submetidas a cirurgia da mama: importância de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012 [s. n.]. Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.
- RORENO - **Registo Oncológico Regional do Norte 2008**. Instituto Português de Oncologia do Porto, ed. Porto, 2013.
- ROY, C.; ANDREWS, H. - **Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy**. Lisboa: Instituto Piaget, 2001. ISBN 972-771-175-8.
- SANDGREN, A.; McCAUL, K. - Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*. ISSN 10579249. Vol. 16, Nº 1 (2007), p.38-47.
- SANTOS, C. S. V. B. - **Doença oncológica: representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida do doente e família**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-77-8.
- SANTOS, C.; PIMENTA, C.; NOBRE, M. - A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. ISSN 0104-1169. Vol. 15, Nº 3 (2007), p. 508-511.
- SÁ-SILVA, J.; ALMEIDA, C.; GUINDANI, J. - Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*. ISSN 2175-3423. Vol. 1, Nº 1 (2009), p. 1-15.
- SAVOIE-ZAJC, L. - A entrevista semidirigida. In GAUTHIER, Benoît - *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*, 3º ed., Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X.p.279-301.
- SCARPARO, A. [et al.] - Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas ne enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. ISSN: 2175-6783. Vol.13, Nº 1 (2012), p. 242-251.
- SCHNEIDER, S.; HOOD, L. - Virtual reality: a distraction intervention for chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. ISSN 0190-535X. Vol. 34, Nº 1 (2007), p. 39-46.
- SELIGMAN, M. - **Learned optimism: how to change your mind and your Life**. New York: Pocket Books, 1991. ISBN 0-671-01911-2.
- SHERMAN, A.; SIMONTON, S. - Effects of personal meaning among patients in primary and specialized care: association with psychosocial and physical outcomes. *Psychology & Health*. ISSN 1476-8321. Vol. 27, Nº 4 (2012), p. 475-490.
- SILVA, A. [et al.] - Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. ISSN 1983-1447. Vol. 30, Nº 2 (2009), p. 348-351.
- SILVA, C.; GOBBI, B.; SIMÃO, A. - O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais*. ISSN: 2238-6890. Vol. 7, Nº 1 (2005), p. 70-81.
- SKRABSI, A. [et al.] - Life meaning: an important correlate of health in the hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 12, Nº 2 (2005), p. 78-85.
- SMELTZER, S. [et al.] - **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. ISBN 978-85-277-1491-4.

- SMELTZER, S. [et al.] - **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-277-1839-4.
- SOUSA, P. - **Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-75-1.
- SOUSA, P. ; FRADE, M.; MENDONÇA, D. - Um modelo de organização e partilha de informação de enfermagem entre hospital e centro de saúde: estudo delphi. *Acta Paulista de Enfermagem*. ISSN 1982-0194. Vol. 18, N° 4 (2005), p. 368-381.
- SOUZA, V. P [et al.] - Fatores predisponentes ao linfedema de braço referidos por mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem UERJ*. ISSN 0104-3552. Vol. 15, N° 1 (2007), p. 87-93.
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. - **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2^aed. Porto Alegre: Artmed, 2008. ISBN 978-85-363-1043-5.
- STREUBERT, H.; CARPENTER, D. - **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. 2^a ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
- THIRY-CHERQUES, H. - Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *PMKT*. ISSN 1983-9456. Vol. 3, N° 1 (2009), p.20-27.
- VEIROS, I.; NUNES, R.; MARTINS, F. - Complicações da mastectomia linfedema do membro superior. *Acta Médica Portuguesa*. ISSN: 0870-399X. Vol.20, N° 4 (2007), p. 335-340.
- VOS, P. [et al.] - Early stage breast cancer: explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *Journal of Behavioral Medicine*. ISSN 1573-3521. Vol. 27, N° 6 (2004), p. 557-580.
- VOS P. [et al.] - Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling*. ISSN: 0738-3991. Vol. 60, N° 2 (2006), p. 212-219.
- WENGSTRÖM, Y. ; HÄGGMARK C.; FORSBERG C. - Coping with radiation therapy: effects of a nursing intervention on coping ability for women with breast cancer. *International Journal of Nursing Practice*. ISSN: 1322-7114. Vol. 7, N° 1 (2001), p. 8-15.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Preventing chronic diseases a vital investment**. [Em linha]. 2005. [Consult. 12 de Jan. 2013]. Disponível em WWW: <URL:http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf>.
- WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. - Delphi uma ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*. Vol. 1, N° 12 (2000), p. 54-65.
- YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A. - Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Korean Academy of Nursing*. ISSN 2005-3673. Vol. 39, N° 2 (2009), p.157-165.
- ZABALEGUI, A. [et al.] - Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*. ISSN 0309-2402. Vol. 51, N°4 (2005), p. 369-381.

ANEXO I

**PROJETO DE INVESTIGAÇÃO DIRIGIDO AO PRESIDENTE DO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO IPO-PORTO**

Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

7 de Janeiro de 2013

Maria do Céu de Sousa Veloso, enfermeira do quadro pessoal do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE, matriculada no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a realizar um trabalho de investigação que se intitula “*Contributo para a elaboração de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária: análise por peritos*”, sob orientação da Professora Doutora Célia Santos e coorientação do Professor Luís Miguel Ferreira.

O presente estudo surge no âmbito da dissertação de Mestrado e encontra-se incluído no projeto de doutoramento do professor Luís Miguel Ferreira de título “*Terapêuticas promotoras do coping adaptativo em clientes com patologia oncológica mamária*” desenvolvido nesta instituição.

O desenvolvimento do presente estudo que me proponho realizar tem como objectivo geral a construção de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária, contribuindo assim para o bem-estar e qualidade de vida da mulher com diagnóstico de cancro da mama.

Venho, assim, por este meio, solicitar a V. Exa., a autorização para proceder à consulta dos processos clínicos referentes às doentes portadoras de cancro de mama diagnosticado a partir de Janeiro de 2012 e a realização de entrevistas a enfermeiros a exercer funções na instituição. Em anexo disponibilizo o projeto com a descrição pormenorizada das etapas do processo de investigação a desenvolver.

Os dados obtidos serão confidenciais, sendo garantido o carácter voluntário da participação. Comprometendo-me a disponibilizar os dados resultantes da pesquisa, juntamente com os trabalhos de conclusão de curso de Mestrado, a esta instituição.

Agradecendo desde já a disponibilidade para o pedido solicitado, com os melhores cumprimentos,

Peço deferimento,

(Maria do Céu de Sousa Veloso)

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Contributo para a elaboração de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária: análise por peritos

Maria do Céu de Sousa Veloso, enfermeira do quadro do Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil. Aluna do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Sob a orientação da Professora Doutora Célia Santos e Professor Luís Miguel Ferreira

ENQUADRAMENTO TEÓRICO:

O cancro da mama é o tipo mais comum de doença oncológica, sendo a segunda principal causa de morte por cancro entre as mulheres (American Cancer Society, 2012). Nas últimas décadas, os progressos registados tanto ao nível do diagnóstico precoce do cancro da mama, como da eficácia dos meios de tratamento, têm contribuído para um aumento significativo da esperança média de vida e, desta forma, do número de sobreviventes (Feuerstein, 2007). Assim, a doença oncológica, de uma forma geral, e o cancro da mama em particular, deixou de ser considerada uma doença inevitavelmente fatal, passando a ser conceptualizada como uma doença crónica (Pimentel, 2006).

A trajetória do cancro da mama é constituída por diversas fases, cada uma caracterizada por diferentes desafios e por tarefas de adaptação específicas, nomeadamente nas esferas pessoal, familiar, conjugal, social e espiritual da mulher (Hewitt, Herdman, Holland, 2004).

A necessidade de adaptação do indivíduo à sua nova situação (doença oncológica) pode tornar-se geradora de stress, implicando que a pessoa percece a situação, a avalie e desencadeie estratégias de adaptação para lhe fazer face. É no processo de adaptação ao stress que surge o conceito de coping. O coping é uma parte importante da resposta ao stress. Segundo a teoria transacional de Lazarus e Folkman (1991, p.112), coping é definido como os *“esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas, internas ou externas, e os conflitos entre elas, que são avaliadas como excessivas ou excedendo os seus recursos pessoais”*.

Este processo nem sempre conduz ao bem-estar, daí a necessidade de, enquanto enfermeiros, estarmos atentos e sensibilizados para o desempenho do nosso papel, nomeadamente no que se refere a *“promover os processos de readaptação após a*

doença” (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 5). De acordo com Pinto (2009, p.42) a *“forma como cada um se adapta está relacionada com a resposta individual e com o apoio especializado dos profissionais de saúde”*.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO:

Perante a elevada incidência do cancro da mama e o seu impacto a nível físico, psicológico, emocional, familiar e social, é imperativo o desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem facilitador da adaptação à nova condição de vida, que constitui o objetivo geral do presente estudo de investigação, com a finalidade de contribuir para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das mulheres com este diagnóstico.

A investigação em causa será desenvolvida em três fases, tendo sido estas designadas por estudo I, estudo II e estudo III.

No estudo I, será utilizada uma abordagem qualitativa que possibilitará a construção de uma listagem de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária, com base:

- **Na revisão da literatura** sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica;
- **Em dez entrevistas semiestruturadas aos enfermeiros** com experiência específica na área de oncologia mamária que exercem funções na Clínica da Mama (quatro enfermeiros), no serviço de Internamento (dois enfermeiros), no serviço de Hospital de Dia (dois enfermeiros), no serviço de Radioterapia (dois enfermeiros) do Instituto Português de Oncologia do Porto. O guião da entrevista e consentimento informado são facultados em anexo;
- **Na análise documental** dos registos de enfermagem de 500 processos clínicos do Instituto Português de Oncologia do Porto.

Consequentemente, no estudo II cada investigadora irá desenvolver a recolha de dados individualmente através da abordagem qualitativa recorrendo a um painel de peritos na área, para avaliar a relevância e viabilidade das intervenções, utilizando a técnica delphi para gerar consensos e com recurso à aplicação de um questionário direcionado a 100 enfermeiros com conhecimentos específicos na área de oncologia mamária de cinco instituições de saúde (Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE; Instituto Português de Oncologia de Coimbra, EPE; Instituto Português de Oncologia de Lisboa, EPE; Hospital de S. João, EPE; Hospital de Pedro Hispano da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE).

Uma vez que o questionário ainda não se encontra disponível, comprometemo-nos desde já a encaminhá-lo para vossa Exma., assim que for possível.

No **estudo III** será elaborado o primeiro esboço do programa de intervenção de enfermagem em conjunto com a outra investigadora, com base nos dados obtidos no estudo II.

Ao longo do estudo serão consideradas as questões ético-legais, salvaguardando o respeito pelos princípios bioéticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY - **Cancer Facts & Figures 2012**. Atlanta: American Cancer Society, 2012.
- FEUERSTEIN, M. - Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*. Vol. 1, Nº 1 (2007), p. 5-7.
- GIL, A. C. - **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.
- HEWITT, M.; HERDMAN, R.; HOLLAND, J. - **Meeting psychosocial needs of women with breast cancer**. Washington, D.C.: National Cancer Policy Board. The National Academies Press, 2004.
- JUSTO, C. - Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde- metodologia da combinação da técnica Delphi com a opinião de informadores-chave da comunidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 13, Nº4 (1995), p. 31-47.
- LAZARUS, R. - **Emotion & Adaptation**. Nova Iorque: Oxford University Press.
- ORDEM dos ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem. **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa, 2003, pp.24.
- PIMENTEL, F. - **Qualidade de Vida e Oncologia**. Coimbra: Almedina, 2006.
- PINTO, M. C. G. - **As vivências experienciadas pelas Mulheres Mastectomizadas: Conhecer e Compreender para Cuidar**. Porto: [s. n.], 2009. Tese de Mestrado em Oncologia.
- SEVERINO, A. J. - **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Cortez, 2000.

ANEXO II

**AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO
IPO-PORTO**



Exma. Senhora
Enfª. Maria do Céu Sousa Veloso
Clínica de Mama
IPOPFG, EPE

Porto, 2013/02/19

Assunto: **Autorização para desenvolvimento de projeto**

Em resposta ao pedido solicitado no seu ofício datado de 7 de Janeiro último, para realização do projeto de investigação, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, subordinado ao tema: "*Contributo para a elaboração de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária: análise por peritos*", informamos que, após parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde, o mesmo se encontra devidamente autorizado.

Apresentamos os melhores cumprimentos,


Prof. Doutor Rui Henrique
Director da Escola Portuguesa de Oncologia do Porto



ESCOLA PORTUGUESA DE ONCOLOGIA DO PORTO
formacao@ipoporto.min-saude.pt

RUA DR. ANTÓNIO BERNARDINO DE ALMEIDA
4200-072 PORTO - PORTUGAL

T: (+351) 22 508 40 00 E-MAIL: dirpo@ipoporto.min-saude.pt
F: (+351) 22 508 40 01

Capital Social: 39.900.000,00€ Registado na Conservatória do Registo Comercial do Porto com o N.º 57684 - NIPC 506 362 299



ANEXO III

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

Fonte: Autorizado por Ferreira, Santos e Pereira

-
1. Sinto que a vida vale a pena
 2. Mantenho as minhas rotinas de arranjo pessoal
 3. Sou capaz de tomar decisões relacionadas com a minha doença (ex.: tratamentos, cirurgia, etc.)
 4. Mantenho os relacionamentos anteriores (ex.: com amigos e familiares, etc.)
 5. Estou adaptada às limitações físicas decorrentes da doença (ex.: mobilidade)
 6. Procuo ajuda dos profissionais de saúde quando sinto necessidade
 7. Estou otimista face ao futuro
 8. Estou otimista face à doença
 9. Sinto-me apoiada pela minha família
 10. Resolvo os problemas que têm surgido (com a doença) em conjunto com a minha família
 11. Sinto-me apoiada pelos meus amigos
 12. É importante saber que posso contar com o apoio emocional de outras pessoas
 13. Consigo comunicar facilmente as minhas necessidades (ex.: físicas, emocionais, etc.)
 14. Sigo, sem desvios, o plano de tratamento que me foi proposto
 15. Cumpro os compromissos e acordos que estabeleço com os profissionais de saúde (consultas, exames, etc.)
 16. Sinto que tenho o apoio necessário das pessoas que me são significativas
 17. Desempenho os meus papéis (anteriores) na família, de acordo com o que é esperado
 18. Continuo a fazer as minhas tarefas do dia-a-dia (ex.: ir às compras, cuidar da casa, preparar refeições, cuidar das crianças, etc.)
 19. Sinto prazer em viver
 20. Tenho esperança num futuro positivo
 21. Sinto que a minha vida tem sentido
 22. Tenho vontade de viver
 23. Sinto que tenho razões para viver (ex.: sentir que a doença tem um sentido, ver um filho crescer, etc.)
 24. Acredito em mim e sinto que vou ultrapassar a doença
 25. Uso estratégias para melhorar a minha aparência e imagem (ex: cuidado da minha imagem, pinto-me, vou ao cabeleireiro, coloco turbante, etc.)
 26. Acredito na minha capacidade para continuar ativa e desempenhar as minhas funções
 27. Tenho fé (ex.: Deus, algo poderoso, destino, etc.)
 28. Utilizo estratégias que me ajudam a lidar com a doença
 29. Tenho dormido bem
 30. Descrevo, de forma positiva, a parte do corpo afetada pela doença (mama)
 31. Sinto força interior para ultrapassar esta situação de doença
 32. Consigo comunicar facilmente os meus sentimentos
 33. Procuo informação sobre a minha doença
 34. Sinto que a doença não diminui o meu valor como pessoa
 35. Sinto-me satisfeita na expressão da minha intimidade e sexualidade
-

ANEXO IV
PROTOCOLO DE REVISÃO DA LITERATURA

TÍTULO	
AUTOR (ES)	
OBJETIVO	
METODOLOGIA	
FASE DO PROCESSO DE DOENÇA	
AMOSTRA	
INTERVENÇÃO	
RESULTADOS	
CONCLUSÃO	
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	
NOTAS	

ANEXO V

RESULTADOS OBTIDOS DA TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	FONTE	VALIDAÇÃO DAS INTERVENÇÕES
1. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (p. ex., roupas, próteses ou cosméticos).	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Incentivada a doente a utilizar soutien (n=1) • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
2. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) <i>desmistificar (...) a doença oncológica associada à morte (...) desmistificar (...) os tratamento</i>” E4: [17-19] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
3. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008

<p>4. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).</p>	<p>•NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) embora algumas pessoas também fiquem preocupadas em termos de limitações e em termos de atividades profissionais (...) temos que ter intervenções talvez na área da ocupação (...) tentar que a doente arranje outras estratégias para estar ocupadas” E5: [153-158] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
<p>5. Apoiar a pessoa a gerir emoções.</p>	<p>•NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ FUKUI, S. [et al.], 2003 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ SANDGREN, A.; McCAUL, K., 2007 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Dado apoio emocional (n=7) ○ Fornecido apoio emocional especial (n=31) ○ Fornecido suporte emocional (n=12) ○ Fornecido apoio emocional (n=4) ○ Prestado apoio emocional (n=3) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) tentar fazê-las entender que há reações que são normais e que nas reações que são normais mesmo sendo a não aceitação imediata e isso tudo, que é uma

		<p><i>fase natural não é, são fases que ela tem que passar, acho que é fazê-las entender isso” E2: [20-24]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
6. Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
7. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ FUKUI, S. [et al.], 2003 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE, 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ FILLION, L. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) as nossas mulheres conseguem ter algumas estratégias adaptativas à doença talvez pelo, pelo apoio que as enfermeiras lhe dão” E5: [49-50] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
8. Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

9. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) informar as doentes que não são as únicas, que isto não é uma desgraça, nem é o fim do mundo” E10: [99-100] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
10. Apoiar a pessoa no processo de aceitação da dependência no autocuidado.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
11. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ JENNINGS-SANDERS, A. [et al.], 2005 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES, 2008 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
12. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado

13. Encorajar a expressão de emoções.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ SANDGREN, A.; McCAUL, K., 2007 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) e ouvir (...) as pessoas necessitam é ter alguém com quem expor os seus sentimentos” E11: [52-54] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso excelente
14. Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) de forma a conseguir que houvesse compromisso de que era necessário para ficar bem, tinha mesmo que ser tratada e diariamente, não poderia falhar aos tratamentos(...)” E11: [343-345] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
15. Encorajar a pessoa a concentrar-se num fator de stresse de cada vez.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
16. Encorajar a pessoa a controlar as causas/fatores que prejudicam o padrão do sono.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

17. Encorajar a pessoa a falar sobre a sua sexualidade (p. ex., diminuição atividade sexual/líbido).	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
18. Encorajar atividades sociais/comunitárias.	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
19. Encorajar comportamento interativo (com membros da família ou pessoas significativas).	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
20. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo ○ “ (...) é fundamental integrar o cuidador também no ensino, ao fazer o ensino, aquele momento da alta em que estamos a pedir para colaborar com o apertar do soutien, também alertar que ali pode aparecer um líquido se aparecer, a própria vigilância da temperatura axilar para verificar se existem complicações tardias” E8: [224-228] 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

<p>21. Ensinar a família (ou pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso.</p>	<p>•NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Incluir a família no regime terapêutico (n=15) ○ Explicado a administração de fatores de crescimento ao familiar (n=9) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) fazemos um ensino (...) alguma pessoa de referência lá por casa ou não, vizinhos e assim se estiverem à vontade pra dar a respetiva terapêutica” E6 [273-276] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
<p>22. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).</p>	<p>•NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ JENNINGS-SANDERS, A. [et al.], 2005 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ SANDGREN, A.; McCAUL, K., 2007 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicadas medidas para minimizar os efeitos secundários (n=56) ○ Explicadas estratégias para controlar os efeitos secundários (n=25) • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “Tentámos esclarecer todos os possíveis efeitos laterais e estabelecendo estratégias para os diminuir quer com medicação, quer com outras medidas que achámos que são necessárias” E1: [41-44] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
<p>23. Ensinar estratégias para diminuir o linfedema.</p>	<p>•REVISÃO DA LITERATURA ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

<p>24. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) quando a cicatriz está totalizada e (...) tem a indicação (...) de fazer uma massagem no local de cicatriz (...) para ser o companheiro ou o marido a fazê-lo para ele também ter a noção que realmente a doente não tem aquele órgão mas (...) que ela é a mesma pessoa, isso são tudo maneiras adaptativas de ele também da doente se adaptar” E5: [83-91] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
---	---	---

<p>25. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).</p>	<p>• NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ SANDGREN, A.; McCAUL, K., 2007 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicados cuidados domiciliários: vigilância de perdas hemáticas ou sinais inflamatórios, integridade dos pensos, presença de seroma, evitar esforços com o membro superior do lado operado (Internamento) (n=49) ○ Reforçados cuidados de hidratação da cicatriz (Clínica de Mama) (n=8) ○ Explicados cuidados domiciliários para prevenção de seroma (Clínica de Mama) (n=16) ○ Explicados cuidados domiciliários pós colocação de cateter venoso central: vigilância de sinais de sangue/serosidade no penso, cuidados a ter com o cateter venoso central, limitação da atividade no membro superior do lado do cateter venoso central (n=29) ○ Explicadas medidas para prevenir os efeitos secundários (n=56) ○ Explicados cuidados inerentes à radioterapia e zona irradiada (n=3) ○ Explicados cuidados domiciliários pós radioterapia inerentes à zona irradiada (n=47) ○ Explicadas estratégias para prevenir os efeitos secundários (n=25) • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) aquilo que devem fazer e não devem fazer, principalmente ah pegar em pesos e a postura em relação aos membros (...) à drenagem postural” E11: [97-99] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
---	--------------	--

<p>26. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) tipo de ensino que se faz no início (...) depois a evolução para a adaptação à refeição, o tomar banho, o vestir-se que é fundamental, tudo isso é feito por nós.” E8: [379-382] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
<p>27. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
<p>28. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicada a toma de analgesia (n=49) • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
<p>29. Ensinar sobre o regime dietético.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “Relativamente à alimentação (...) é importantíssimo nós esclarecermos todas as dúvidas que as doentes têm relativamente à alimentação” E4: [109-113] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

<p>30. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).</p>	<p>•NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000. ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicado a administração de enoxaparina (n=13) ○ Explicado administração de enoxaparina (n=11) ○ Explicado o tratamento de quimioterapia, periodicidade, número de ciclos (n=99) ○ Explicado a toma de medicação de suporte no domicílio (n=8) ○ Esclarecida sobre toma de pré-medicação (n=20) ○ Explicado a administração de fatores de crescimento (n=9) ○ Explicada a posologia da medicação (n=34) • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) há protocolos que requerem no início uma pré-medicação (...) nós falamos sempre no assunto, a doente não se pode esquecer de fazer essa preparação inicial em casa no dia correto, como tem que ser feita, porque correm o risco de termos que adiar o tratamento por não ter cumprido essa parte” E6: [177-182] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
<p>31. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).</p>	<p>•NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 ○ YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A., 2009 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Reforçados exercícios para mobilização do membro (n=12)

		<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) <i>aquele ensino que vamos fazendo evolutivamente desde o pós-operatório imediato até à alta ah nós já vamos ensinando parte dos exercícios</i>” E8: [135-137] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
32. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ FUKUI, S. [et al.], 2003 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ FILLION, L. [et al.], 2008 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
33. Envolver a família (ou pessoas significativas) no plano de cuidados.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ JENNINGS-SANDERS, A. [et al.], 2005 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) <i>mas sempre que possível tentamos que haja colaboração quer dos familiares</i>” E11: [230-233] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
34. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de controlo da dor.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
35. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de gestão da doença.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicados procedimentos ao familiar sobre exames de estudo pré-operatório e

		<p>consulta de grupo cirúrgico (n=5)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informado o familiar sobre tipo de cirurgia (n=11) <ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) juntar a doente e um familiar direto (...) criar aqui uma ligação e servir quase de mediadoras (...) promovendo o diálogo aberto sobre as preocupações, sobre o futuro, sobre a doença, as preocupações da autoimagem, as preocupações da funcionalidade da doente nomeadamente a nível das tarefas domésticas” E4: [46-51] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
36. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de mudanças de papéis.	• NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
37. Envolver a pessoa no plano de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ JENNINGS-SANDERS, A. [et al.], 2005 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) mas sempre que possível tentamos que haja colaboração (...) dos próprios doentes até para eles se sentirem úteis e também para serem eles a ver que há uma evolução favorável e que o contributo deles foi muito importante” E11: [230-233] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
38. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).	• NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ JENNINGS-SANDERS, A. [et al.], 2005 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 ○ FILLION, L. [et al.], 2008 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

39. Facilitar a participação da família (ou pessoas significativas) no processo de tomada de decisão.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
40. Incentivar a adoção de estratégias de coping eficazes.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ FUKUI, S. [et al.]; 2003 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) facilitar (...) aquisição de estratégias de adaptação, de estratégias de coping” E4: [52-53] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
41. Incentivar a autonomia no autocuidado.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> •REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
42. Incentivar a pessoa a identificar percepções positivas sobre o seu corpo.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
43. Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

44. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Incentivada a doente a olhar para o local de mastectomia (n=1) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(..) ajudá-la a ela visualizar a área da mastectomia.” E8: [39] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
45. Incentivar a realizar a técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo ○ “ (...) aquilo que nós dizemos é que com os tratamentos eventualmente se não houver continuidade dos exercícios poderá vir a agravar” E11: [414-416] 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
46. Incentivar apoio espiritual (p. ex., meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ FILLION, L. [et al.], 2008 ○ NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES, 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

47. Incentivar atividade física.	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ FILLION, L. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Estimulada atividade física (n=1) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) nas estratégias de intervenção de enfermagem focalizarmo-nos (...) no exercício físico porque as nossas doentes ficam muito sedentárias devido ao cansaço” E4: [105-107] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
48. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) podemos arranjar formas de a doente continuar a olhar ao espelho e achar-se bonita, e sentir-se mulher, é muito importante uma pessoa olhar-se ao espelho e sentir-se poderosa, sentir que tem o controlo da própria vida, controlo de alguma forma da própria doença” E4: [100-104] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
49. Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(..) o que diz respeito à parte estética nós começamos a alertar para o uso propriamente do soutien para ir melhorar a imagem” E8: [80-82] 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

50. Incentivar mudanças no estilo de vida.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ SANDGREN, A.; McCAUL, K., 2007 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) podemos voltar a ter intervenções na área de hábitos de vida saudáveis como o exercício físico, a mobilização, ah a alimentação”E5: [221-222] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
51. Incentivar o recurso a técnicas de distração.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ SCHNEIDER, S.; HOOD, L., 2007 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) cada doente ter um televisor ao seu dispor” E6: [296] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

52. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ FUKUI, S. [et al.], 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(.) têm técnicas de relaxamento, fazem duas coisas Reiki e Reflexologia e também sugerimos” E7: [156-157] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
53. Incentivar pessoa a procurar fontes de motivação.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ GÜMUS, A.; ÇAM, O., 2008 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) foi nisso que nós pensámos para lutar pelo filho porque seria esse eh aquilo onde se deveria agarrar, para lhe dar força, para conseguir depois lutar e estar bem e serem felizes” E11: [466-468] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
54. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado

55. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) perante um diagnóstico da doença esclarecer que há vários tipos de doença da mama oncológico e que cada um tem o seu processo de tratamento e cirúrgico diferente” E3: [24-26] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
56. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A., 2009 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) mais no sentido de informação (...) a prevenção do linfedema” E10: [76-79] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
57. Informar a pessoa sobre o processo de dor.	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
58. Informar sobre a importância da realização de exames no <i>follow-up</i> (autoexame, mamografia, ecografia).	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “Depois da fase do tratamento, do follow-up (...) a tentar (...) explicar-lhe algumas situações e (...) dizer-lhe que não é necessário fazer assim tantos exames e que os exames são feitos naquela fase que são importantes e que serão feitos noutra fase quando eles se tornarem importantes na vigilância da doença.” E5: [295-311] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
59. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ JENNINGS-SANDERS, A. [et al.], 2005 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009

		<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Informada sobre prótese capilar e mamária, locais onde a adquirir e alternativas (n=44) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) tentando demonstrar as disponibilidades que há no mercado relativamente às próteses capilares, às ajudas que existem e realmente conseguir uma imagem que a ajude eh mmh a superar todos estes efeitos.” E1: [33-36] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
60. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ FUKUI, S. [et al.], 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) explorar melhor a doente no período pré-operatório, e prepará-la melhor para aquilo que ia ser também uma mastectomia. ” E10: [244-246] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
61. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	•NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ FUKUI, S. [et al.]; 2003 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ SANDGREN, A.; McCAUL, K., 2007 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES, 2008 ○ YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A., 2009

		<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Explicado procedimento relativo a biopsia mamária (n=29) ○ Informada sobre cuidados a ter pós-biopsia (n=61) ○ Explicados procedimentos sobre exames de estudo pré-operatório e consulta de grupo cirúrgico (n=24) ○ Informado sobre tipo de cirurgia (n=90) ○ Informado sobre procedimentos relativos à anestesia e ao internamento (n=83) ○ Informada sobre cuidados pré-operatorios (n=28) ○ Informada sobre cuidados pós-operatórios (n=27) ○ Explicado procedimento: colocação de cateter venoso central (n=34) ○ Informada sobre tratamento de radioterapia (n=8) ○ Informada sobre os objetivos da hormonoterapia (n=42) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ <i>“No tratamento cirúrgico (...) explicamos (...) todos os exames que a doente tem que fazer eh pré-operatório, explicamos que terão que passar pelo menos por mais duas consultas pré-operatórias, (...) explicamos o que é o planeamento cirúrgico, a medicina pré-operatória, explicamos também em que consiste essa consulta (...) falamos (...) da anestesia (...) explicamos à doente em que consiste a cirurgia”</i> E4: [138-146] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
<p>62. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).</p>	<p>•NIC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES, 2008 • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Informada sobre os efeitos secundários da terapêutica (n=56) ○ Informada sobre eventuais complicações (n=21) ○ Informada sobre os efeitos secundários da hormonoterapia (n=42)

		<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) <i>ter alguns cuidados de movimentos muito bruscos (...) atenção aos pesos (...) estar atentos se houver uma dilatação grande da parte cervical do lado do cateter alertamos para isso (...) inchaço, edema do membro do lado do cateter também para nos alertarem</i>” E6: [315-324] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
63. Informar sobre reconstrução mamária.	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 	<ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) <i>tentámos minimizar este efeito negativo com a possível reconstrução no futuro eh tentando dizer que poderá recuperar a sua imagem, minimizando este efeito</i>” E1: [27-29] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
64. Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
65. Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 ○ YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A., 2009 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
66. Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE, 2000 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ FUKUI, S. [et al.], 2003 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE, 2003 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005

		<ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ FILLION, L. [et al.], 2008 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 ○ YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A., 2009 <ul style="list-style-type: none"> • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) ligo ao Movimento Vencer e Viver para virem cá porque (...) é quase falar de igual para igual e as mulheres(...) os modelos positivos de papel, nós devemos cada vez incuti-los mais na nossa prática” E10: [91-98] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
67. Planear consultas (presenciais ou telefónicas).	• NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ SANDGREN, A.; McCAUL, K., 2007 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ FILLION, L. [et al.], 2008 • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) melhorar era mesma a consulta de enfermagem (...) havíamos de fazer uma consulta (...) ao início do TAC (...) e depois programar sempre uma a meio do tratamento.” E9: [240-246] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
68. Planear visitas domiciliárias.	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
69. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).	• NIC	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ FUKUI, S. [et al.], 2003 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE, 2003

		<ul style="list-style-type: none"> ○ COLEMAN, E. A. [et al.], 2005 ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ ZABALEGUI, A. [et al.], 2005 ○ NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES, 2008 <ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Entregue “guia do utente” (n=78) ○ Entregue folheto informativo sobre cuidados pós-biopsia (n=67) ○ Entregue folheto informativo sobre tipo de cirurgia (n=75) ○ Entregue folheto informativo sobre administração enoxaparina (n=13) ○ Entregue folhetos informativos sobre a anestesia e o internamento (n=80) ○ Entregue guia de orientação do Hospital de dia (n=51) ○ Entregue folheto informativo relativo à quimioterapia (n=13) ○ Entregue “guia de conselhos práticos” (n=24) ○ Entregue folheto informativo sobre colocação de cateter venoso central (n=38) ○ Entregue folheto “rotinas do serviço” (n=6) ○ Entregue anexo informativo (n=14) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “(...) damos um outro que é um guia da quimioterapia que fala essencial dos efeitos secundários de qualquer tratamento de quimioterapia e como os minimizar” E6 [96-98] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
<p>70. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE ADVANCED BREAST CANCER WORKING GROUP, 2001 ○ NATIONAL BREAST CANCER CENTRE AND NATIONAL CANCER CONTROL INITIATIVE; 2003 ○ JENNINGS-SANDERS, A. [et al.], 2005 ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 ○ NATIONAL HEALTH SERVICE CANCER SCREENING PROGRAMMES, 2008

		<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE DOCUMENTAL <ul style="list-style-type: none"> ○ Encaminhada para consulta psiquiatria (n=1) ○ Encaminhada para serviço social (n=1) ○ Encaminhada a doente para consulta de Medicina Física e de Reabilitação (n=9) • ENTREVISTAS <ul style="list-style-type: none"> ○ Unidades de registo: ○ “ (...) se nós verificámos que há uma necessidade de intervenção de outro profissional, por exemplo os psicólogos ok, nós temos o à vontade de marcar” E6: [19-21] • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado
71. Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
72. Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 ○ YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A., 2009 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
73. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ CRUICKSHANK, S. [et al.], 2008 	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
74. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	<ul style="list-style-type: none"> • NIC 	<ul style="list-style-type: none"> • REVISÃO DA LITERATURA <ul style="list-style-type: none"> ○ LIU, L.-N. [et al.], 2006 ○ MALAK, A.; GÜMUS, A., 2009 ○ YOO, M-S.; LEE, H.; YOON, J-A., 2009 • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado
75. Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado 	

76. Ensinar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre estratégias de apoio.	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado 	
77. Ensinar estratégias de prevenção do linfedema.	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado 	
78. Informar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre a importância do seu apoio na gestão da doença.	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso elevado 	
79. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências.	<ul style="list-style-type: none"> • ANÁLISE POR PERITOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Nível de consenso moderado 	

ANEXO VI
TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS

Tabela de números aleatórios

Linha								
101	19223	95034	05756	28713	96409	12531	42544	82853
102	73676	47150	99400	01927	27754	42648	82425	36290
103	45467	71709	77558	00095	32863	29485	82226	90056
104	52711	38889	93074	60227	40011	85848	48767	52573
105	95592	94007	69971	91481	60779	53791	17297	59335
106	68417	35013	15529	72765	85089	57067	50211	47487
107	82739	57890	20807	47511	81676	55300	94383	14893
108	60940	72024	17868	24943	61790	90656	87964	18883
109	36009	19365	15412	39638	85453	46816	83485	41979
110	38448	48789	18338	24697	39364	42006	76688	08708
111	81486	69487	60513	09297	00412	71238	27649	39950
112	59636	88804	04634	71197	19352	73089	84898	45785
113	62568	70206	40325	03699	71080	22553	11486	11776
114	45149	32992	75730	66280	03819	56202	02938	70915
115	61041	77684	94322	24709	73698	14526	31893	32592
116	14459	26056	31424	80371	65103	62253	50490	61181
117	38167	98532	62183	70632	23417	26185	41448	75532
118	73190	32533	04470	29669	84407	90785	65956	86382
119	95857	07118	87664	92099	58806	66979	98624	84826
120	35476	55972	39421	65850	04266	35435	43742	11937

TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS

Linha								
121	71487	09984	29077	14863	61683	47052	62224	51025
122	13873	81598	95052	90908	73592	75186	87136	95761
123	54580	81507	27102	56027	55892	33063	41842	81868
124	71035	09001	43367	49497	72719	96758	27611	91596
125	96746	12149	37823	71868	18442	35119	62103	39244
126	96927	19931	36089	74192	77567	88741	48409	41903
127	43909	99477	25330	64359	40085	16925	85117	36071
128	15689	14227	06565	14374	13352	49367	81982	87209
129	36759	58984	68288	22913	18638	54303	00795	08727
130	69051	64817	87174	09517	84534	06489	87201	97245
131	05007	16632	81194	14873	04197	85576	45195	96565
132	68732	55259	84292	08796	43165	93739	31685	97150
133	45740	41807	65561	33302	07051	93623	18132	09547
134	27816	78416	18329	21337	35213	37741	04312	68508
135	66925	55658	39100	78458	11206	19876	87151	31260
136	08421	44753	77377	28744	75592	08563	79140	92454
137	53645	66812	61421	47836	12609	15373	98481	14592
138	66831	68908	40772	21558	47781	33586	79177	06928
139	55588	99404	70708	41098	43563	56934	48394	51719
140	12975	13258	13048	45144	72321	81940	00360	02428
141	96767	35964	23822	96012	94591	65194	50842	53372
142	72829	50232	97892	63408	77919	44575	14870	04178
143	88565	42628	17797	49376	61762	16953	88604	12724
144	62964	88145	83083	69453	46109	59505	69680	00900
145	19687	12633	57857	95806	09931	02150	43163	58636
146	37609	59057	66967	83401	60705	02384	90597	93600
147	54873	86278	88737	74351	47500	84552	19909	67181
148	00694	05977	19664	65441	20903	62371	22725	53340
149	71546	05233	53946	68743	72460	27601	45403	88692
150	07511	88915	41267	16853	84569	79367	32337	03316
151	0380.	29341	29264	80198	12371	13121	54969	43912
152	77320	35030	77519	41109	98296	18984	60869	12349
153	07886	56866	39648	69290	03600	05376	58958	22720
154	87065	74133	21117	70695	22791	67306	28420	52067
155	42090	09628	54035	93879	98441	04606	27381	82637
156	55494	67690	88131	81800	11188	28552	25752	21953
157	16698	30406	96587	65985	07165	50148	16201	86792
158	16297	07626	68683	45335	34377	72941	41764	77038
159	22897	17467	17638	70043	36243	13008	83993	22869
160	98163	45944	34210	64158	76971	27689	82926	75957

TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS

Linha								
161	43400	25831	06283	22138	16043	15706	73345	26238
162	97341	46254	88153	62336	21112	35574	99271	45297
163	64578	67197	28310	90341	37531	63890	52630	76315
164	11022	79124	49525	63078	17229	32165	01343	21394
165	81232	43939	23840	05995	84589	06788	76358	26622
166	36843	84798	51167	44728	20554	55538	27647	32708
167	84329	80081	69516	78934	14293	92478	16479	26974
168	27788	85789	41592	74472	96773	27090	24954	41474
169	99224	00850	43737	75202	44753	63236	14260	73686
170	38075	73239	52555	46342	13365	02182	30443	53229
171	87368	49451	53771	48343	51236	18522	73670	23212
172	40512	00681	44282	47178	08139	78693	34715	75606
173	81636	57578	54286	27216	58758	80358	84115	84568
174	26411	94292	06340	97762	37033	85968	94165	46514
175	80011	09937	57195	33906	94831	10056	42211	65491
176	92813	87503	63494	71379	76550	45984	05481	50830
177	70348	72871	63419	57363	29685	43090	18763	31714
178	24005	52114	26224	39078	80798	15220	43186	00976
179	85063	55810	10470	08029	30025	29734	61181	72090
180	11532	73186	92541	06915	72954	10167	12142	26492
181	59618	03914	05208	84088	20426	39004	84582	87317
182	92965	50837	39921	84661	82514	81899	24565	60874
183	85116	27684	14597	85747	01596	25889	41998	15635
184	15106	10411	90221	49377	44569	28185	80959	76355
185	03638	31589	07871	25792	85823	55400	56026	12193
186	97971	48932	45792	63993	95635	28753	46069	84635
187	49345	18305	76213	82390	77412	97401	50650	71755
188	87370	88099	89695	87633	76987	85503	26257	51736
189	88296	95670	74932	65317	93848	43988	47597	83044
190	79485	92200	99401	54473	34336	82796	05457	60343
191	40830	24979	23333	37619	56227	95941	59494	86539
192	32006	76302	81221	00693	95197	75044	46596	11628
193	37569	85187	44692	50706	53161	69027	88389	60313
194	56680	79003	23361	67094	15019	63261	24543	52884
195	05172	08100	22316	54495	60005	29532	18433	18057
196	74782	27005	03894	98038	20627	40307	47317	92759
197	85228	93264	61409	03404	09649	55937	60843	66167
198	68309	12060	14762	58002	03716	81968	57934	32624
199	26461	88346	52430	60906	74216	96263	69296	90107
200	42672	67680	42376	95023	82744	03971	96560	55148

ANEXO VII
GUIÃO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

GUIÃO DE ANÁLISE DOCUMENTAL	
NOME DA UTENTE: PROCESSO CLÍNICO Nº:	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
FASE DE DIAGNÓSTICO	
FASE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO	
FASE DE TRATAMENTO ADJUVANTE COM QUIMIOTERAPIA	
FASE DE TRATAMENTO ADJUVANTE COM RADIOTERAPIA	
FASE DE TRATAMENTO ADJUVANTE COM HORMONOTERAPIA	
<i>FOLLOW-UP</i>	

ANEXO VIII
GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

Título do estudo: Programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação nas mulheres com afeção oncológica da mama.

Objetivo Geral: Construir um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária.

Finalidade: Promover uma melhor adaptação à doença oncológica mamária contribuindo assim para o bem-estar e qualidade de vida da mulher com diagnóstico de cancro da mama, tendo por base um programa de intervenção de enfermagem.

Entrevistadores: Investigadores

Local, data e hora da entrevista: A designar de acordo com as disponibilidades do entrevistado.

Duração da entrevista: Uma média de trinta minutos.

CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL:

Este documento destina-se à recolha de dados para a realização de um trabalho de investigação sobre as intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à doença oncológica mamária.

Solicitamos o seu contributo, tendo em conta a sua experiência na área, na identificação das intervenções de enfermagem que considera relevantes para o processo de adaptação à doença e seu tratamento, em mulheres com cancro de mama.

Garantimos a confidencialidade da informação que nos fornecer.

ENTREVISTA Nº _____

1. Serviço onde exerce funções: _____
2. Anos de serviço: _____
3. Formação académica:
 - a. Licenciatura em enfermagem _____
 - b. Pós-Graduação _____ (especificar)
 - c. Especialização em Enfermagem _____ (especificar)
 - d. Mestrado _____ (especificar)
 - e. Doutoramento _____ (especificar)

QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO:

Tendo em conta as necessidades de adaptação das mulheres com doença oncológica da mama às implicações da doença e do seu tratamento, e tendo em conta a sua experiência no cuidado a estas pessoas, fale-me um pouco sobre as intervenções de enfermagem que considera relevantes, considerando:

- A fase inicial de contacto com a doença oncológica;
- A fase ativa de tratamentos (cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, etc.);
- A fase de recuperação e vigilância após tratamentos.

Considere ainda as questões de informação, suporte emocional, suporte instrumental, entre outros.

GRATOS PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO IX
TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA NÚMERO OITO

ENTREVISTA Nº 8

NOME: A. P. F. M.

DIA DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: 27 de Fevereiro de 2013

DURAÇÃO DA ENTREVISTA: 33 minutos e 74 segundos

1. Serviço onde exerce funções: Cirurgia Oncológica - Piso 8
2. Anos de serviço: 19 anos
3. Formação académica:
 - a. Licenciatura em enfermagem
 - b. Especialização em enfermagem (Comunitária)

		Memo
1	P1 - Tendo em conta as necessidades de adaptação das mulheres	
2	com doença oncológica da mama e às implicações da doença e do	
3	seu tratamento e tendo em conta a sua experiência no cuidado a	
4	estas pessoas, fale-me um pouco sobre as intervenções de	
5	enfermagem que considera relevantes considerando esta fase	
6	específica de tratamento que é o momento da cirurgia, todos os	
7	cuidados que são desenvolvidos desde o momento da admissão,	
8	pós-operatório e o momento da alta. Considere ainda as questões	
9	de informação, suporte emocional, suporte instrumental, entre	
10	outros.	
11	No momento da admissão o mais importante é fazer uma análise	
12	juntamente com a doente sobre o que é que ela já tem de	
13	conhecimento da sua fase de doença e o tipo de tratamento que vai	
14	ser realizado, isso é fundamental avaliar o grau de conhecimento da	
15	doente e partir daí vamos estabelecer tudo o que seja ensinios	
16	realizados com o tipo de cirurgia que vai ser feita. No caso de ser	
17	uma doente que vai fazer uma mastectomia, é claro que esse fator	
18	de ensino é muito mais abrangente porque vamos ter que a preparar	
19	acima de tudo para ela ficar com uma mutilação diferente e as	
20	intervenções vão ser mais baseadas na parte psicológica que ela vai	
21	apresentar logo no pós-operatório imediato. Mesmo porque na maior	
22	parte das vezes elas vêm preparadas para fazer uma cirurgia mas	
23	não tão radical, que há sempre essa possibilidade. A análise do	
24	enfermeiro no primeiro momento é muito importante porque depois	

25 quando a doente regressa do recobro ainda muito das vezes ainda
26 não constatou se foi mastectomizada ou se foi só feita uma
27 tumorectomia e por isso a reação à cirurgia é diferente, se ela vem
28 consciencializada que é uma mastectomia que vai fazer e há doentes
29 que já vêm preparadas para isso nós já a preparamos isso para a
30 parte de reabilitação, mudámos a nossa atitude porque se tem essa
31 consciência mudámos e normalmente essa doente é uma doente que
32 quando acorda tem uma reação completamente diferente e que vai
33 preocupar-se fundamentalmente com o que vem a seguir, ou seja,
34 com a sua readaptação àquela situação. Enquanto que a doente que
35 não está à espera de uma mastectomia, vai ter uma fase de negação
36 completa, fica deprimida e muitas das vezes há necessidade de
37 mesmo de recorrer à psico-oncologia de apoio e que normalmente o
38 médico faz o pedido e a nossa fase de apoio nessa situação é tentar
39 ajudá-la a ela visualizar a área da mastectomia. Isso não é
40 conseguido nos primeiros três dias nem pensar, elas normalmente
41 tocam o penso mas não visualizam, ficam sempre na esperança que
42 aquilo não seja real e muitas das vezes só quando constatarem que de
43 facto a mama não existe é que fazem propriamente a
44 consciencialização eh também é muito importante a parte de apoio
45 familiar, se é casada, se não é, se tem namorado se não tem, isso
46 porquê, porque todos os apoios que venham de fora vão fazer com
47 que esta doente possa melhorar a sua adaptação e a sua
48 consciencialização à mastectomia. Os exercícios com o membro
49 relacionado com o lado da mastectomia são fundamentais e isso é
50 feito logo a partir do momento em que a doente regressa do
51 recobro, se é uma mastectomia radical limita-se a mobilidade do
52 membro, nomeadamente porque tem o esvaziamento axilar e os
53 nossos ensinamentos aí vão prender fundamentalmente com a limitação
54 de esforços, que é muito difícil dependendo do braço que é
55 dominante porque se é uma doente que é dextra e faz mastectomia
56 do lado direito isso é um caos porque os drenos nunca param de
57 drenar e estão sempre a ser estimulados a drenagem. No que diz
58 respeito também não só à mobilidade do membro mas também à
59 adaptação das suas atividades de vida diárias, no que diz respeito ao
60 banho mesmo ao processo de alimentação, o cortar e não cortar os

61 alimentos com o braço dominante que muitas das vezes é
62 mastectomizado e até mesmo com o facto de carregar com os
63 drenos, muitas das vezes é fundamental estar sempre a redobrar o
64 ensino e dizer “Não pode carregar os drenos com esse braço”. No
65 que diz respeito propriamente à fase de evolução no internamento é
66 fundamental isto ser trabalhado logo no primeiro dia do pós-
67 operatório, a fase de adaptação final penso que é quando começam
68 a tirar os drenos e começam a ter a noção de que a alta está para
69 breve e isto vai ter que ser continuado lá fora, ou seja, a adaptação
70 da limitação de esforços do internamento para o seu domicílio e pela
71 sua atividade de vida diária mas em casa e muitas das vezes há
72 pessoas que têm atividades em paralelo e que podem limitar porque
73 não podem fazer esforços com aquele braço, o estar a fazer croché
74 não o vai poder fazer, as atividades de jardinagem que muitas das
75 pessoas também são pessoas de agricultura e que sabem que não vão
76 poder fazer determinados, nós temos que começar a falar nessas, a
77 preparar para alta não é e isso normalmente no terceiro, quarto dia
78 de pós-operatório que é quando os drenos começam a sair e estamos
79 a preparar a sua saída do internamento. Quanto, por exemplo à
80 parte estética, o que diz respeito à parte estética nós começamos a
81 alertar para o uso propriamente do soutien para ir melhorar a
82 imagem que vai ter depois quando tiver a saída propriamente do
83 internamento e contamos com as voluntárias do Movimento Vencer e
84 Viver que vêm cá nesta fase e falam com as doentes. Eu não acho
85 que a fase melhor para falar com as doentes seja no segundo dia de
86 pós-operatório, muitas das vezes elas vêm ao segundo dia, acho
87 muito precoce nas mastectomizadas, estamos a falar das
88 mastectomizadas, é muito mais proveitoso para a doente no terceiro
89 ou quarto dia porque a sua fase de adaptação já está mais
90 propriamente orientada para as atividades extra, que é isso que elas
91 vêm falar e não propriamente para a preocupação de terem sido
92 mastectomizadas, que isso é nos primeiros dois dias a três dias no
93 máximo.

94 **P1 - Mas acha relevante este contacto com as voluntárias?**
96 É fundamental, faz sentido aliás nota-se perfeitamente que quando,
97 e isto tendo em conta já a atitude da pessoa face à sua alteração na

98	imagem corporal, quando vêm que há uma pessoa que já passou pelo	
99	mesmo e que está com uma perfeita adaptação, acho que melhoram	
100	a fase de propriamente de aceitação da situação e por outro lado até	
101	começam por se preocupar mesmo com a parte estética e tentam já	
102	não deixar que os outros se apercebam que daquele lado falta	
103	qualquer coisa e até são capazes já ao puxar o roupão taparem de	
104	forma a ficar mais bonito, como elas dizem: “Já estou mais	
105	compostinha” e isso é muito importante, são os primeiros passos	
106	para elas começarem a fazer exatamente o mesmo que vão ter que	
107	fazer em casa. Elas muitas das vezes saem daqui com a prótese	
108	provisória que são as voluntárias que a entregam, não sei se viu lá	
109	em baixo, elas dão uma prótese de algodão em que normalmente nós	
110	aqui depois de tirar os drenos e de fazermos o penso para a alta,	
111	colocámos e vamos fazer no fundo mais ou menos a aproximação do	
112	seio contra-lateral. Parece que não mas faz toda a diferença a	
113	doente sair daqui com o soutien colocado, com a prótese colocada	
114	olha para o espelho parece que a alteração não foi assim tão	
115	significativa, isto é fundamental a doente sair daqui perfeitamente	
116	harmoniosa com a imagem que vê ao espelho e eu muitas das vezes	
117	costumo levá-las à sala de pensos quando faço o penso, levo a	
118	prótese, levo o soutien e elas saem de lá já com a camisola ou com a	
119	blusa vestida com o soutien e já a prótese colocada, o impacto que	
120	isto tem para a doente é fundamental porque ela vê-se de uma	
121	forma harmoniosa, não é a mesma coisa que sair daqui com o penso	
122	só sem o soutien e sem a prótese, faz toda a diferença, mesmo por	
123	muito que a doente diga que esteticamente isso não a está atingir,	
124	isso não é, não acho que corresponde à verdade. No que diz respeito	
125	também à parte do apoio do marido ou do companheiro é	
126	fundamental, quando ele está presente no momento da alta eu faço	
127	com que ele participe neste momento e até o colaborar com o	
128	apertar do soutien e o arranjar ajuda, torná-los mais participativos e	
129	faz com que a doente sinta que não há uma lacuna, não há ali algum	
130	atrito entre a relação dos dois porquê, porque em casa isso vai ser	
131	muito mais difícil, aqui com a presença de outra pessoa pode se	
132	tornar as coisas um bocadinho diferentes, acho que aí nós temos um	
133	papel fundamental, sem dúvida. No que diz respeito às doentes	

134	quando elas vão à medicina física, aí eu acho que nós fazemos uma	
135	preparação para isso, aquele ensino que vamos fazendo	
136	evolutivamente desde o pós-operatório imediato até à alta ah nós já	
137	vamos ensinando parte dos exercícios, como é que deve fazer mas	
138	aquilo que é feito na medicina física, acho que deveria ser alargado	
139	e monitorizado no período curto de tempo e não de um ano como	
140	fazem a revisão, mesmo porque eu acho que a consulta está a ser	
141	feita de uma forma, não quer dizer rápida mas que decerto não dá o	
142	timing suficiente para a doente se aperceber de tudo o que é	
143	ensinado, é feito num espaço muito curto, num momento em que ela	
144	está preocupada em ir embora, quer é ir para casa e decerto não é,	
145	a informação que é dada não é totalmente rececionada pela doente,	
146	nem percecionada e quando não é percecionada não é praticado. Há	
147	uma coisa que eu acho que fazia todo o sentido era fazer um	
148	documento em que essa informação fosse dada por nós e fosse	
149	continuada para além da nossa presença, ou seja, um folheto ou	
150	qualquer documento em que fosse formalizado esse tipo de ensino,	
151	para ser praticado à posteriori e quando suscita-se dúvidas “Há	
152	tenho aqui qualquer coisa em que posso ver se de facto posso	
153	praticar ou não”. No que diz respeito às voluntárias elas trazem um	
154	folheto que é dado, esse folheto já tem algumas das informações	
155	que são importantes, mas ainda tem algumas lacunas, acho que	
156	merecia ser melhorado.	
157	P1 - Deveria ser específico só sobre os exercícios até poderia ser	
158	com a colaboração da medicina física?	
159	Sem dúvida esse documento deveria ser melhorado nesse sentido ser	
160	mais abrangente e no fundo orientar para esses exercícios porquê,	
161	porque também acho que é assim, dada a diferença entre uma	
162	doente mastectomizada ou uma doente com uma tumorectomia fazia	
163	todo o sentido, porque muitas das vezes as voluntárias não falam	
164	com as doentes tumorectomizadas falam mais é com as	
165	mastectomizadas sem dúvida, mas faz todo o sentido porque é uma	
166	doente que foi sujeita a uma cirurgia da mama por muito pequena	
167	que tenha sido, às vezes uma tumorectomia tem muito mais riscos	
168	do ponto de vista de evolução imediata do que uma mastectomia	
169	porque o risco de fazer um hematoma a seguir porque vai ter uma	

170	alta muito mais precoce que uma mastectomia, vai para casa e	
171	muitas das vezes acontece haver uns hematomas, umas	
172	complicações, uns seromas que a pessoa não está preparada para	
173	detetar e por muita sensibilização que seja feita logo por nós,	
174	muitas das vezes isso não é monitorizado o suficiente para termos a	
175	certeza que a pessoa percecionou o risco que aquilo corre e depois a	
176	mama começa a aumentar, a aumentar e a aumentar e quando vêm	
177	a situação já está pouco controlada. Acho que nesse sentido também	
178	fazia sentido oportunamente fazer um documento em que essas	
179	doentes também estivessem abrangidas porque essas doentes não	
180	levam nenhum folheto. Essas doentes de cirurgia menos invasiva, as	
181	tumorectomias, não têm qualquer tipo de folheto, as	
182	mastectomizadas que vêm do Movimento Vencer e Viver falam com	
183	elas mas não entregam nenhum documento, por isso é que eu acho	
184	que nesse sentido fazia também todo o sentido existir um documento	
185	para elas. No que diz respeito à orientação de suporte emocional,	
186	isto já deve ser feito inicialmente antes da doente ser internada,	
187	muitas das vezes acho que algumas das doentes já na fase de	
188	diagnóstico, já estão a ser orientadas pela parte da psico-oncologia e	
189	isso na clínica da mama é feito muito bem, muitas dessas doentes	
190	quando nós aqui fazemos a primeira abordagem na admissão elas já	
191	dizem “Eu já estou a ser seguida pela psicóloga”, por isso é sinal que	
192	ali já houve um acompanhamento ou necessidade de uma	
193	orientação, de uma especificidade dentro do apoio emocional que	
194	elas precisam. Quanto à parte instrumental acho que talvez termos	
195	um suporte mais evolutivo em termos de adaptação, acho que nesse	
196	sentido nós estamos muito aquém daquilo que elas precisam porque	
197	por exemplo há muitas doentes que têm uma atividade profissional	
198	que depois não é compatível com a cirurgia que fizeram e com a	
199	limitação e nós não estamos preparados para fazer uma recondução	
200	desta adaptação à mastectomia por exemplo. Ou então, porque	
201	fazem uma tumorectomia e no dia seguinte têm alta, têm um mês	
202	de baixa e a seguir vão ter que ir trabalhar e fazer esforços com o	
203	lado da tumorectomia e isso acho que nesse sentido, acho que devia	
204	haver uma articulação por exemplo com os cuidados de saúde	
205	primários e o médico puder colaborar com a limitação para além	

206	daquela que é dada aqui pelos cuidados de saúde diferenciados,	
207	nesse sentido acho que talvez uma articulação mais estreita com os	
208	cuidados de saúde primários pudesse melhorar esse apoio à doente,	
209	acho que fazia sentido. Fundamentalmente acho que os nossos	
210	cuidados depois prendem-se muito com no momento da alta com a	
211	vigilância do penso e isso muitas das vezes implica fazer a tal carta	
212	de alta que nós fazemos e orientar para os cuidados de saúde	
213	primários para vigilância dos locais de remoção dos drenos, que são	
214	feitos no momento da alta e que muitas das vezes temos que	
215	orientar para os cuidados de saúde primários e que nem sempre os	
216	nossos colegas lá estão preparados para monitorizar essas situações,	
217	por isso é que a responsabilização da doente e a participação ativa	
218	nesta fase é fundamental e nisso também as pessoas que estão	
219	ligadas como cuidadores porque muitas das vezes quando é uma	
220	doente mais obesa há zonas que a doente não consegue visualizar	
221	tão bem mesmo no espelho, quando têm tecido adiposo na zona	
222	axilar é muito difícil depois de visualizar se de fato está a aumentar,	
223	se não está, não é tão percecionado a formação do seroma por	
224	exemplo. Nesse caso é fundamental integrar o cuidador também no	
225	ensino, ao fazer o ensino, aquele momento da alta em que estamos a	
226	pedir para colaborar com o apertar do soutien, também alertar que	
227	ali pode aparecer um líquido se aparecer, a própria vigilância da	
228	temperatura axilar para verificar se existem complicações tardias	
229	não é, pode haver sempre e muitas das vezes agora isso é algo que	
230	está acontecer é o facto dos doentes irem a fazer enoxaparina para	
231	casa, fazemos o ensino também no momento da alta e é feito	
232	normalmente à própria doente ou ao cuidador que possa exercer	
233	essa função, quando não é bem recebido nesse momento é feito o	
234	encaminhamento para o centro de saúde, com orientação para o	
235	enfermeiro de família. No que diz respeito às altas precoces aí a	
236	monitorização é feita de forma diferente, primeiro eu acho que as	
237	doentes não estão recetivas à alta precoce e quanto mais jovens	
238	mmh ainda vão conseguindo colaborar, as idades aumentando eh	
239	sentem-se mais seguranças estando no hospital do que propriamente	
240	indo com os drenos, fazer o ensino muitas das vezes implica envolver	
241	o cuidador que nem sempre está recetivo a esse tipo de	

242	procedimento é muito raro encontrarmos alguém que diga: “Eu não	
243	me importo de ser eu a cuidar”, estar a delegar toda a	
244	responsabilidade no cuidador muitas das vezes a própria doente	
245	rejeita “Não, não porque tu não sabes” e isso parece que não	
246	provoca quer uma instabilidade para a própria doente, quer para o	
247	cuidador e isso serve muitas das vezes como forma de atrito entre	
248	ambos e ainda vai complicar mais. Muitas das vezes quando os	
249	médicos falam sobre a alta precoce já falam com os drenos	
250	colocados na cirurgia e que não foi falado com a doente antes de ela	
251	propriamente estar no poder de decidir se ia colaborar ou não para	
252	uma alta precoce. Acho que isto deveria ser decidido antes do ato	
253	cirúrgico e não depois que já estão os drenos lá colocados e se	
254	pergunta à doente se quer ir para casa com os drenos. Nesse sentido	
255	acho que não está a ser despistado o nível cultural da doente, que	
256	também é muito importante, porque estar a colocar uns drenos de	
257	alta precoce a uma pessoa que não está preparada sequer e nem tem	
258	capacidades de eh porque muitas das vezes, não sei se conhece os	
259	drenos...	
260	P1 - Eu vi o panfleto que é entregue...	
261	Os drenos implicam que a pessoa faça uma compressão sobre a zona	
262	que vai ficar de depósito e que está a fazer um vácuo não é, que	
263	está a fazer a pressão, o que acontece muitas das vezes é que a	
264	doente nem tem capacidade para fazer essa pressão com os	
265	membros e também falar a alguém para o fazer implica que essa	
266	pessoa tenha conhecimento para o fazer e reúna condições para tal.	
267	Nem sempre a pessoa tem um cuidador que possa reunir essas	
268	condições, muitas das vezes fazemos o ensino e ficámos com a nítida	
269	impressão que a pessoa não percebeu mas diz que sim, que sim, que	
270	percebeu tudo, por isso não me parece que as situações de alta	
271	precoce possam ser resolvidas da forma que estão a ser resolvidas,	
272	deve ser feito uma análise pré-operatória da doente e de alguém que	
273	possa colaborar a esse ponto e nesse sentido só instituir alta precoce	
274	a esse tipo de doentes. Agora nos restantes não me parece que seja	
275	real, agora claro que nas pessoas jovens que estão solícitas a essas	
276	situações acho que faz sentido e até está provado que é seguro que	
277	se faça esse tipo de procedimento, cá não me parece que as pessoas	

278	estejam muito recetivas a este tipo de procedimento de altas	
279	precoces.	
280	P1 - Tendo em conta todas as intervenções, há alguma que	
281	gostaria de salientar, que se devia desenvolver ou implementar	
282	além das que são realizadas, as que são desenvolvidas, há alguma	
283	sugestão?	
284	Não, acho que em termos das intervenções que nós estamos a ter,	
285	acho que são as suficientes desde que se pratiquem desde o	
286	momento da admissão, sem dúvida. Neste momento é muito	
287	importante todo o suporte que a doente já traz e a primeira	
289	avaliação que é feita e depois propriamente a programação das	
290	intervenções àquela doente é fundamental no primeiro momento	
291	fazer uma boa colheita de dados e saber até que ponto, como eu	
292	comecei a falar, é muito importante saber até que ponto é que a	
293	doente tem consciência do tipo de cirurgia que vai fazer e a forma	
294	como isso vai ser reconduzido. Há uma coisa que eu não falei que	
295	muitas das vezes os doentes começam-se a preocupar no momento	
296	da alta que é o prognóstico da situação, ou seja, perguntam-nos	
297	muitas vezes: “Que tipo de tratamento eu vou fazer a seguir?”, nós	
298	como já está padronizado e a nível da instituição isso é reconduzido	
299	para o momento da consulta de grupo, nós entre aspas adiámos essa	
300	constatação de facto, ou seja, nós limitámo-nos a informar que o	
301	histológico ainda não está preparado, só depois do histológico é que	
302	se pode propriamente programar os próprios tratamentos, ou seja,	
303	no momento da consulta de grupo, que vai estar o histológico	
304	presente em que é decidido no fundo a evolução em termos de	
305	tratamentos complementares. Às vezes o doente não está muito	
306	recetivo a esta situação e faz a pergunta vezes sem conta, para ver	
307	se existe, que isto também é uma verdade, uma confrontação entre	
308	diferentes elementos da equipa para ver se alguém nos dá uma	
309	informação em contrário, isto o doente tem muito esse tipo de	
310	atitude que é uma forma de análise “Vamos ver se este me abre um	
311	bocadinho a cortina!”, isso porquê, porque eles estão demasiados	
312	preocupados o que é que vai seguir ao tratamento cirúrgico não é,	
313	que normalmente sabem que vão estar sujeitos a esse tipo de	
314	tratamento. O que me parece também e foi algo que eu também não	

315	disse, mas que também é feito no momento de admissão, é que	
316	todos os doentes que já fizeram tratamento neo-adjuvante estão	
317	preparados de uma forma diferente para o momento da cirurgia,	
318	coisa que não acontece com os doentes que o primeiro tratamento	
319	de eleição é a cirurgia, sem dúvida. Acho que há uma diferença	
320	muito significativa entre o doente que já fez quimio ou que já fez	
321	radioterapia e que vem fazer a cirurgia no fim e um doente que faz	
322	primeiro a cirurgia e vai fazer depois os tratamentos	
323	complementares, há uma diferença sem dúvida, mesmo a parte de	
324	aceitação da cirurgia é completamente diferente, porque já têm um	
325	conhecimento de causa diferente, já a consciencialização de que	
326	tem um tumor na mama ou que tem um carcinoma na mama, é	
327	diferente e isso já vai ajudar no fundo a aceitação do momento da	
328	cirurgia e quando a cirurgia se torna menos invasiva, então isso é	
329	recebido de muito bom grado, mas a forma de estar da doente que	
330	já tem tratamentos neo-adjuvantes é muito diferente do que vai ser	
331	adjuvante.	
332	P1 - Tem mais alguma coisa a acrescentar a nível de intervenções?	
334	Não, acho que nesse sentido é o que eu penso que poderia ser	
335	melhorado é aquela parte do folheto para complementarmos a	
336	informação que é dada por nós que não está escrita. Nós no	
337	momento da alta e na carta de alta muitas das vezes reforçamos	
338	onde diz o plano para alta e os cuidados para serem continuados, nós	
339	referenciámos os exercícios conforme as indicações da medicina	
340	física mas na realidade não existe um documento onde isso esteja	
341	formalizado. Penso que é essa a lacuna que faria todo o sentido.	
342	P1 - Pensando que estas intervenções que agora estão a ser	
343	referenciadas podiam estar incluídas num sistema de informação	
344	como neste momento temos o Mural-E, essas intervenções deviam	
345	surgir esmiuçadas ou mais no geral, por exemplo os exercícios	
346	deviam descrever os exercícios que foram ensinados?	
347	Acho que faz sentido ser pormenorizado, acho que deve ser	
348	pormenorizado, que tipo de exercícios foram eh no fundo porquê,	
349	porque também nos permite depois avaliar até que ponto já foram	
350	apreendidos ou não e se são praticados ou não.	
351	P1 - Porque há etapas e assim podiam ser...	

352	Monitorizadas, assim como mesmo aquela parte que eu falei que	
353	sobre a visualização da área operada, quer seja uma mastectomia	
354	que normalmente é isso que é muito mais em termos de aceitação,	
355	tem um impacto maior, é muito importante e mesmo nos nossos	
356	registos de enfermagem ficar escrito quando é que a doente	
357	manifestou vontade de visualizar a área da mastectomia ou não, ou	
358	se já a doente tem consciência de que foi mastectomizada radical ou	
359	se foi só uma cirurgia menos porquê, porque isso faz todo o sentido	
360	porque também melhora a nossa intervenção junto da doente, ou	
361	seja, se a colega que estive o turno da manhã já evoluiu qualquer	
362	coisa nesse sentido, é bom que fique escrito que isso foi evoluindo	
363	para nós no turno da tarde pudermos já avançar, não vamos voltar a	
364	falar naquilo que já foi falado e podemos avançar, acho que faz todo	
365	o sentido, os ensinamentos fiquem definidos e parametrizados e haver	
366	etapas a serem concluídas. Acho que como em qualquer ensino,	
367	como nós temos os ensinamentos às colostomias que estão todos	
368	padronizados, acho que faz todo sentido numa doente	
369	mastectomizada também sabermos até que nível é que já o ensino	
370	está a ser acompanhado e que está a ser percebido pela doente	
371	porque muitas das vezes nós podemos ter ensinado muita coisa e a	
372	doente não percebeu absolutamente nada e isto é fundamental.	
373	Acho que sem dúvida a nossa intervenção maior é fazer com que	
374	esses registos estejam padronizados e que a pessoa possa	
375	acompanhar a evolução da doente e já não passar pela estaca zero e	
376	todos os turnos ir evoluindo e mas facilmente consegue monitorizar o	
377	grau de adaptação que a doente está a ter à nova situação, acho que	
378	faz sentido e isso sem dúvida agora com o Mural-E vai ser algo	
379	fundamental, ficar já definido mesmo o tipo de ensino que se faz no	
380	início quando a doente vem do bloco dizer que tem que limitar	
381	esforços, depois a evolução para a adaptação à refeição, o tomar	
382	banho, o vestir-se que é fundamental, tudo isso é feito por nós. O	
383	facto da doente saber que tem que vestir primeiro de um lado e	
384	depois despir por último esse mesmo lado, muitas das vezes para nós	
385	parece algo banal mas para a doente é algo que vai transtornar os	
386	hábitos todos e isso parecendo que não, concretizado no papel, nós	
387	sabemos perfeitamente que a doente já consegue superar essa fase	

388	do ensino e que a seguir que vai conseguir fazer outra porque já	
389	vamos inserir outro, avançamos uma fase, acho que sem dúvida faz	
390	todo o sentido.	
391	P1- Mais alguma coisa que queira acrescentar...	
392	Uma coisa que não referi relativamente à presença dos drenos é que	
393	aquilo incomoda e os drenos, o ter ali um corpo estranho, só a	
394	presença do corpo estranho já afeta e não dormem e depois aquilo	
395	vai aumentando a ansiedade e cada dia essa ansiedade é maior	
396	porque quando tiram um dreno dizem: “Ai que bom já só tenho um”,	
397	mas continuam a referir que não dormem e muitas das vezes nós	
398	durante a noite quando vamos monitorizar, fazer a vigilância	
399	encontramos as doentes a dormir com os drenos na cama e nós	
400	dizemos: “Mas porque pois os drenos na cama?”, é assim é sistema	
401	de vácuo e nem faz grande diferença porque o vácuo mantém-se,	
402	mas elas dizem: “Sabe porquê enfermeira, porque tem medo de	
403	puxar!” porque nós dizemos: “Tenha cuidado, não pode dar	
404	puxões!”, “E assim na cama eu posso controlar melhor!”, é aquela	
405	situação como fazem quando têm os bebés põem-nos na cama para	
406	os proteger, é exatamente isso e estão acordadas não dormem	
407	porque estão ansiosas com medo de a dormir, puxarem os drenos e	
408	não se darem de conta e por em risco. Estas pequenas coisas	
409	parecendo que não, faz essa diferença, o tomar uma medicação que	
410	era habitual tomarem em casa mas não estão a tomar aqui porque	
411	agora fui operada posso não tomar, essa diferença é fundamental	
412	porque acaba por não dormir, está ansiosa, não recebe bem	
413	qualquer situação. Outra coisa que eu há bocadinho não falei, o	
414	facto de compararem o internamento delas com a vizinha do lado,	
415	há bocadinho passou-me esse pormenor, o comparar “Eu fiz a mesma	
416	cirurgia da vizinha, ela já teve alta ontem e eu não fui”, isto é algo	
417	que não se consegue muitas das vezes controlar, para elas todas as	
418	cirurgias são iguais, é operada à mama são todas as cirurgias iguais e	
419	não têm a perceção que a evolução clínica e do pós-operatório é	
420	diferente. E eu costumo dizer: “Olhe mas nunca é igual, você é igual	
421	à sua vizinha, olhe e veja se a cor dos olhos é a mesma?”, “Ah a	
422	enfermeira está a brincar!”, “Não é exatamente isso, se a cor dos	
423	olhos não é igual também a evolução não é igual!”, elas riem-se mas	

424	às vezes brincando um bocadinho com a situação para minimizar a	
425	grandeza que estão a incutir à situação é muito importante porque	
426	elas qualquer termo de comparação com outra doente “A minha	
427	vizinha até foi operada e teve três dias no hospital e teve alta e	
428	porque é que eu estou aqui à cinco dias?”, comparam tudo, tudo. E é	
429	muito importante torna-las conscientes que cada situação é uma	
430	situação única e o fato de ela ter sido operada não quer dizer que	
431	tenha sido igual à vizinha, isto também é algo muito importante, é	
432	uma intervenção, muitas das vezes se não tivermos atentos elas	
433	estão a ficar tristes porque sabem que a vizinha já teve “A doente	
434	do lado teve alta e eu não tive e foi operada no mesmo dia!”, fez a	
435	mesma cirurgia, algo está a correr mal, isto também em termos de	
436	preocupação passa a ser uma preocupação maior do que aquela que	
437	deve ser não é.	
438	P1 - Considera que o nível de ansiedade é elevada, pode dar mais	
439	exemplos de que forma, que estratégias refere para diminuir essa	
440	mesma ansiedade?	
441	Muitas das vezes passa mesmo pela constatação da realidade, nós	
442	muitas das vezes o que fazemos é com que a doente participe nas	
443	coisas que está a limitar o seu internamento, ou seja, no que diz	
444	respeito, muitas das vezes o internamento prolonga-se porque a	
445	drenagem dos drenos aumenta e não diminui como seria de esperar,	
446	muitas das vezes passa por reforçar o ensino sobre a limitação dos	
447	esforços com o membro porque à medida que vai limitando, a	
448	drenagem por inerência vai diminuindo, ou fazer um bocadinho mais	
449	de compressão sobre a área da mastectomia ou zona axilar, muitas	
450	das vezes passa por reforçar o ensino sobre os cuidados. Se a tornar	
451	participativa a este ponto a doente acaba por diminuir a ansiedade,	
452	mas por outro lado é capaz de estar mais vezes a olhar para o nível	
453	do frasco para ver se ele aumenta ou não, tem os dois reversos da	
454	medalha muitas das vezes tem, nesse sentido é alertar a doente que	
455	de facto pode ser um processo perfeitamente normal, só que cada	
456	pessoa tem uma evolução clínica num sentido específico dela própria	
457	e que não é igual a de mais ninguém, não existem como na	
458	matemática sistemas tão lineares e que sejam abrangentes mesmo	
459	na parte da doença e muitas das vezes elas tomando consciência de	

460	que isso é uma normalidade e que já não é anormalidade que elas	
461	acham, acaba por diminuir a ansiedade, nesse ponto acaba, acho	
462	que sim, é uma estratégia, é torná-la participativa nos cuidados e	
463	por outro lado acaba por tornar a ansiedade menor porque sabe que	
464	está acompanhar a situação que tem consciência que é normal	
465	acontecer, tornar a situação mais normal possível, sem dúvida. Acho	
466	que não me lembro de mais nada...	

ANEXO X
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu _____(nome),
concordo em participar no estudo que tem como objetivo identificar as intervenções de enfermagem promotoras de adaptação à doença oncológica mamária.

- Compreendo que tenho o direito de colocar, agora ou durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão acerca do mesmo;

- Informaram-me de que a entrevista seria gravada em áudio e permito que assim seja;

- Aceito que as minhas perspetivas sejam incorporadas nos resultados do estudo e possam ser publicadas ou apresentadas pela equipe de investigação para fins académicos;

- Compreendi que a minha confidencialidade será sempre protegida e que nenhum nome ou outros detalhes identificativos serão divulgados;

- Compreendo que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento;

- Compreendi que este documento será conservado de forma segura pela equipe de investigação e será destruído no fim do estudo.

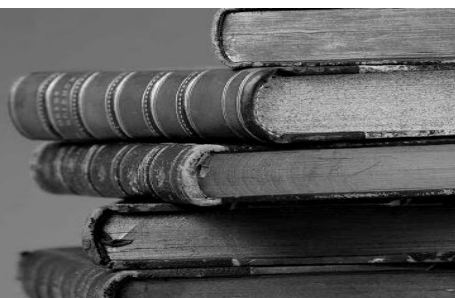
Assinatura do participante _____

Assinatura do investigador _____

Data: ___/___/_____

ANEXO XI
QUESTIONÁRIO DELPHI - 1ª RONDA

CONTRIBUTO PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA: ANÁLISE POR PERITOS



QUESTIONÁRIO DELPHI – 1ª RONDA

Cara(o) enfermeiro/professor,

Sou Maria do Céu de Sousa Veloso, enfermeira, exerço funções no IPO do Porto, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto e venho por este meio solicitar a sua participação no estudo de investigação intitulado “Contributo para a elaboração de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária: análise por peritos”, sob orientação da Professora Doutora Célia Santos e coordenação do Professor Luís Miguel Ferreira.

O estudo que pretendo desenvolver tem como objetivo geral a construção de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária, contribuindo assim para o bem-estar e qualidade de vida da mulher com diagnóstico de cancro da mama. De acordo com Pinto (2009, p.42) a “forma como cada um se adapta está relacionada com a resposta individual e com o apoio especializado dos profissionais de saúde”.

Durante o processo de investigação foi elaborada uma listagem de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária tendo por base a revisão da literatura, a análise documental dos registos de enfermagem e a análise de conteúdo de onze entrevistas semiestruturadas dirigidas aos enfermeiros com experiência específica na área de oncologia mamária.

Na sequência da pesquisa que delineamos, importa-nos conhecer a opinião e perspetiva dos enfermeiros, que exercem as suas práticas de Enfermagem ou cuja investigação se tem centrado nesta temática, e que consideramos como peritos na área em estudo, no sentido de identificar as “intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária” com o recurso à Técnica de Delphi. O método Delphi é uma técnica de comunicação grupal que tem como característica principal a consulta de um painel de especialistas com conhecimentos na área por meio de um questionário, que é repassado contínuas vezes, até que haja uma convergência de opiniões em relação às respostas obtidas.

*Obrigatório

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DELPHI - 1ª RONDA

Neste primeiro questionário pretende-se que cada participante exponha a sua opinião sobre as intervenções de enfermagem, mais relevantes na promoção da adaptação à doença oncológica mamária.

O questionário é constituído por duas partes:

I Parte: Surgem questões que permitirão caracterizar os participantes do painel de peritos. Contém questões relativas à idade, sexo, formação e experiência profissional, área de desempenho profissional e experiência no tratamento ou na investigação na área da doença oncológica mamária;

II Parte: Apresenta uma sequência de intervenções de enfermagem, para as quais, cada participante deverá referir o nível de concordância sobre cada intervenção na promoção da adaptação à doença oncológica mamária. Cada perito dispõe, ainda, de espaço para comentar os pontos fortes ou fracos das mesmas, e para efetuar sugestões.

Agradeço a sua preciosa colaboração, solicitando o preenchimento e reencaminhamento do questionário até ao dia 21 DE ABRIL DE 2013.

Enfermeira Maria do Céu de Sousa Veloso.

I PARTE - DADOS RELATIVOS AO PERITO

De forma a obter dados relativos à caracterização dos membros do grupo de peritos, solicita-se resposta às questões seguintes:

1. Nome do participante: *

2. Idade: *

3. Sexo: *

Feminino

Masculino

4. Selecione o seu grau académico mais elevado: *

- Curso de Licenciatura em Enfermagem
- Curso de Enfermagem ou equivalente legal
- Curso de Bacharelato em Enfermagem
- Ano Complementar de Formação em Enfermagem
- Curso de Complemento de Formação em Enfermagem
- Curso de Especialização em Enfermagem
- Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem
- Curso de Mestrado
- Doutoramento

4.1. Especifique a área do grau académico:

5. Local de trabalho: *

- Hospital
- Centro de Saúde
- Escola
- Outra:

6. Que categoria ocupa atualmente no exercício da sua atividade profissional? *

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista
- Enfermeiro-Chefe
- Assistente
- Professor-Adjunto
- Professor-Coordenador

7. Experiência profissional no tratamento na área da doença oncológica mamária: *

- Sim
- Não

7.1. Número de anos de experiência profissional no tratamento na área da doença oncológica mamária:

8. Já realizou investigação na área em estudo? *

- Sim
- Não

8.1. Especifique a área de investigação:

II PARTE - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

Nesta segunda parte do questionário surge uma sequência de intervenções de enfermagem centradas na promoção da adaptação à doença oncológica mamária.

A cada quinze intervenções referenciadas tem um espaço onde agradeço que faça “Comentários/Sugestões”, que na sua opinião permitam reformular a intervenção ou sugerir novas intervenções.

Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância da intervenção apresentada:

*

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (roupas, próteses ou cosméticos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Apoiar a pessoa a gerir emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de coping eficazes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Apoiar a pessoa no processo de aceitação da dependência no autocuidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Encorajar a expressão de emoções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Encorajar a pessoa a concentrar-se num fator de stresse de cada vez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comentários/Sugestões:							
<div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div>							

Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância da intervenção apresentada:

*

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
16. Encorajar a pessoa a controlar as causas/fatores que prejudicam o padrão do sono.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Encorajar a pessoa a falar sobre a sua sexualidade (diminuição atividade sexual/líbido).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Encorajar atividades sociais/comunitárias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Encorajar comportamento interativo (com membros da família ou pessoas significativas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ensinar a família (pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ensinar estratégias para diminuir o linfedema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Ensinar sobre o autocontrole da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Ensinar sobre o regime dietético.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentários/Sugestões:

Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância da intervenção apresentada:

*

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
31. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Envolver a família (ou pessoas significativas) no plano de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de controlo da dor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de gestão da doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de mudanças de papéis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Envolver a pessoa no plano de cuidados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. Facilitar a participação da família (pessoas significativas) no processo de tomada de decisão.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Incentivar a adoção de estratégias de coping eficazes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Incentivar a autonomia no autocuidado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Incentivar a pessoa a identificar percepções positivas sobre o seu corpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Incentivar a realizar a técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentários/Sugestões:

Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância da intervenção apresentada:

*

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
46. Incentivar apoio espiritual (meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Incentivar atividade física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Incentivar mudanças no estilo de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

51. Incentivar o recurso a técnicas de distração.

52. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.

53. Incentivar pessoa a procurar fontes de motivação.

54. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).

55. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.

56. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.

57. Informar a pessoa sobre o processo de dor.

58. Informar sobre a importância da realização de exames no follow-up (autoexame, mamografia, ecografia).

59. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex. prótese mamária, capilar ou manga elástica).

60. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.

Comentários/Sugestões:

Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância da intervenção apresentada:

*

Discordo totalmente Discordo Discordo parcialmente Sem opinião Concordo parcialmente Concordo Concordo totalmente

61. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).

62. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Informar sobre reconstrução mamária.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Planejar consultas (presenciais ou telefônicas).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Planejar visitas domiciliares.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Providenciar material educativo (p. ex. guias, panfletos, vídeos).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Referir para profissional de saúde (psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

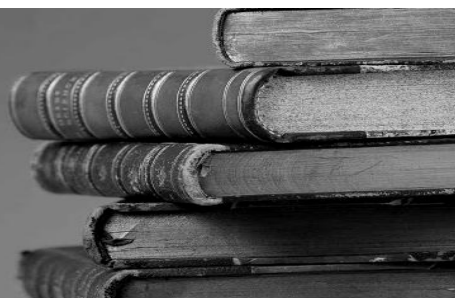
Comentários/Sugestões:

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários Google.

ANEXO XII

QUESTIONÁRIO DELPHI - 2ª RONDA

CONTRIBUTO PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA: ANÁLISE POR PERITOS



QUESTIONÁRIO DELPHI – 2ª RONDA

Cara(o) enfermeiro/professor,

Sou Maria do Céu de Sousa Veloso, enfermeira, exerço funções no IPO do Porto, encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem do Porto e venho por este meio solicitar a sua participação no estudo de investigação intitulado “Contributo para a elaboração de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária: análise por peritos”, sob orientação da Professora Doutora Célia Santos e coorientação do Professor Luis Miguel Ferreira.

Como já é do seu conhecimento, o estudo que pretendo desenvolver tem como objetivo geral a construção de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária, contribuindo assim para o bem-estar e qualidade de vida da mulher com diagnóstico de cancro da mama.

O seu contributo no Questionário Delphi–1ªRonda permitiu identificar as “intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária”, formuladas de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), tendo obtido um nível de consenso excelente e elevado na maioria das intervenções, e moderado em algumas das intervenções apresentadas, cumprindo assim os critérios de inclusão por nós previamente definidos.

No entanto, e tendo por base as sugestões referenciadas pelos peritos, que consideramos muito válidas, elaborámos o Questionário Delphi–2ªRonda, para percebermos agora o nível de concordância em relação a essas intervenções, pelo que voltamos a solicitar a sua preciosa colaboração.

*Obrigatório

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DELPHI - 2ª RONDA

Este segundo questionário é constituído por um conjunto de cinco intervenções de enfermagem, para as quais deverá referir o seu nível de concordância tendo em conta a promoção da adaptação à doença oncológica mamária. Dispõe, ainda, de espaço para comentar os seus pontos fortes ou fracos, e para efetuar outras sugestões.

Agradeço a sua preciosa colaboração, solicitando o preenchimento e reencaminhamento do questionário até ao dia 12 de Maio de 2013.

Enfermeira Maria do Céu de Sousa Veloso.

I PARTE - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

1. Nome do participante: *

2. Solicita-se, que de acordo com a escala seguinte, indique o grau de concordância da intervenção apresentada. *

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo parcialmente	Sem opinião	Concordo parcialmente	Concordo	Concordo totalmente
1. Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre estratégias de apoio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ensinar estratégias de prevenção do linfedema.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre a importância do seu apoio na gestão da doença.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentários/Sugestões:

Nunca envie palavras-passe através dos Formulários Google.

Com tecnologia
Google Drive

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

[Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Termos adicionais](#)

ANEXO XIII

PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA
ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

**PROPOSTA DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PROMOTOR
DA ADAPTAÇÃO À DOENÇA ONCOLÓGICA MAMÁRIA**

1. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (p. ex., roupas, próteses ou cosméticos).
 2. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.
 3. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.
 4. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).
 5. Apoiar a pessoa a gerir emoções.
 6. Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades.
 7. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de *coping* eficazes.
 8. Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas.
 9. Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.
 10. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.
 11. Apoiar a pessoa no processo de aceitação da dependência no autocuidado.
 12. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.
 13. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).
 14. Encorajar a expressão de emoções.
 15. Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.
 16. Encorajar a pessoa a concentrar-se num fator de stresse de cada vez.
 17. Encorajar a pessoa a controlar as causas/fatores que prejudicam o padrão do sono.
 18. Encorajar a pessoa a falar sobre a sua sexualidade (p. ex., diminuição atividade sexual/líbido).
 19. Encorajar atividades sociais/comunitárias.
 20. Encorajar comportamento interativo (*com membros da família ou pessoas significativas*).
 21. Ensinar a família (*ou pessoas significativas*) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
 22. Ensinar a família (*ou pessoas significativas*) sobre estratégias de apoio.
 23. Ensinar a família (*ou pessoas significativas*) no processo de gerir o regime medicamentoso.
 24. Ensinar estratégias de prevenção do linfedema.
 25. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
 26. Ensinar estratégias para diminuir o linfedema.
 27. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.
 28. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).
-

29. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).
30. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.
31. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.
32. Ensinar sobre o regime dietético.
33. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
34. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).
35. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.
36. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no plano de cuidados.
37. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no processo de controlo da dor.
38. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no processo de gestão da doença.
39. Envolver a família (*ou pessoas significativas*) no processo de *mudanças* de papéis.
40. Envolver a pessoa no plano de cuidados.
41. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).
42. Facilitar a participação da família (*ou pessoas significativas*) no processo de tomada de decisão.
43. Incentivar a adoção de estratégias de *coping* eficazes.
44. Incentivar a autonomia no autocuidado.
45. Incentivar a pessoa a identificar percepções positivas sobre o seu corpo.
46. Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.
47. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.
48. Incentivar a realizar a técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).
49. Incentivar apoio espiritual (p. ex., meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).
50. Incentivar atividade física.
51. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.
52. Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.
53. Incentivar mudanças no estilo de vida.
54. Incentivar o recurso a técnicas de distração.
55. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.
56. Incentivar pessoa a procurar *fontes* de motivação.
57. Informar a família (*ou pessoas significativas*) sobre a importância do seu apoio na gestão da doença.
58. Informar a família (*ou pessoas significativas*) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).

59. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.
60. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.
61. Informar a pessoa sobre o processo de dor.
62. Informar sobre a importância da realização de exames no *follow-up* (autoexame, mamografia, ecografia).
63. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).
64. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.
65. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).
66. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
67. Informar sobre reconstrução mamária.
68. Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)
69. Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).
70. Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).
71. Planejar consultas (presenciais ou telefônicas).
72. Planejar visitas domiciliares.
73. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências.
74. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).
75. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).
76. Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).
77. Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).
78. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).
79. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).