



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

**Capacitação da Mulher com Cancro da Mama:
Criação de uma Consulta Especializada de
Enfermagem Pré-Operatória**

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

**Lisboa
2021**

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

**Capacitação da Mulher com Cancro da Mama:
Criação de uma Consulta Especializada de
Enfermagem Pré-Operatória**

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Orientador: Eunice Maria Casimiro Dos Santos Sá

**Lisboa
2021**

PENSAMENTO

“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade em que elas acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.”

— (Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

À Esel, na pessoa da Professora Doutora Eunice Sá, pelo seu apoio, disponibilidade, partilha de saberes e orientação sábia durante todo o percurso e no desenvolvimento do relatório de mestrado.

Às minhas colegas do serviço - Bloco Operatório e de curso, que decidiram caminhar ao meu lado, especialmente as Enfermeiras Gina G. e Sónia P.

Às enfermeiras orientadoras Ana G., Ana S. e Leonor B., das Instituições que me receberam ao longo de 18 semanas de estágio, pelo seu carinho, orientação, apoio e partilha de experiências em contexto de prática clínica.

Um agradecimento especial à Dr^a Ana C. e Enf.^a Anabela da consulta de senologia, pela disponibilidade, partilha, apoio e amabilidade, durante o meu estágio final, permitindo-me e a realização da consulta de enfermagem pré-operatória.

Às equipas multidisciplinares das instituições, pela forma acolhedora como me receberam, pelo apoio e partilha.

A todos os meus amigos e familiares, sempre presentes com palavras de apoio e que compreenderam a minha ausência e indisponibilidade, mantendo o apoio incondicional.

À minha mana, Miriam Nunes, pelo apoio, carinho e cumplicidade neste momento particular da minha vida e sua família.

Ao Marcos, pela preciosa ajuda técnica!



Aos meus pais, Fátima Dias e Armando Dias, pelo seu amor incondicional, apoio com os netos e em toda a logística familiar, pelo conforto e carinho nas horas mais difíceis, amovos muito! Obrigada!

Ao meu marido, Joel Bernardo, por ser o meu porto seguro, sempre presente no momento certo e com as palavras certas. Obrigada pela forma como tomaste conta de mim, da nossa casa e dos nossos filhos ao longo deste percurso!

Por fim, agradeço aos meus filhotes, Margarida e Francisco Bernardo, que foram o meu sol, o meu alento e o meu reforço positivo. Superaram com distinção a ausência da mãe, cuidaram de mim e deram-me ânimo nos momentos mais difíceis. São os amores da minha vida!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

ACS – American Cancer Society
AESOP – Associação de Enfermeiros de Salas de Operações
APA – Associação Americana de Psicologia
APN – Advanced Nursing Practice
Bi-RADS – Breast imaging reporting and data system
BOC – Bloco Operatório Central
BRCA – Breast Cancer (BRCA1 e 2 – breast cancer gene 1 e 2)
CA – Conselho de Administração
CCP – Cuidado Centrado na Pessoa
CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
CH – Centro Hospitalar
CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
CM – Cancro da Mama
DR – Diário da República
EEMC – Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica
EONS - European Oncology Nursing Society
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
EUSOMA – European Society of Breast Cancer Specialists
ICN - International Council of Nurses
INE – Instituto Nacional de Estatística
LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia
MC – Médico-cirúrgica
MEEMC – Mestrado e Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
NCCN – National Comprehensive Network
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBE – Prática Baseada na Evidência
PNDO – Plano Nacional para as Doenças Oncológicas
PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RSL – Revisão *Scoping* da Literatura
SARS - Severe Acute Respiratory Syndrome
UC – Unidade Curricular
UCPA – Unidade de Cuidados Pós-anestésicos
UM -Unidade da Mama



RESUMO:

A doença oncológica, sendo considerada uma doença crónica, complexa na sua intervenção, reveste-se de necessidades muito particulares de apoio/suporte educativo e emocional ao longo do percurso da doença, traduzindo-se em necessidades de autocuidado. Após a identificação na prática clínica de uma lacuna em termos da capacitação especializada, na satisfação das necessidades singulares e complexas destas mulheres, tornou-se urgente a criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória para mulheres com cancro da mama. A fundamentação teórica teve por base a Teoria do Autocuidado de Orem e durante dezoito semanas de estágio, pude desenvolver competências na vertente técnico-relacional, no que refere à assistência prestada a estas mulheres e suas famílias. De forma a dar resposta à problemática encontrada, foi realizada uma revisão da literatura, que permitiu identificar aspetos fundamentais a ser abordados no contexto pré-operatório, sendo também eles, congruentes com a filosofia de cuidados adotada, na medida em que apontam para aspetos relacionados com necessidades psicossociais e educativas e ainda, recomendações para a sistematização e operacionalização da consulta pré-operatória. A criação desta consulta, integrada na Unidade da Mama já existente, permitirá não só a melhoria dos cuidados prestados, mas ainda, uma assistência individualizada e especializada, num processo de continuidade de cuidados, constituindo um cuidado em saúde crucial no sentido de esclarecer e orientar a mulher/pessoa de referência acerca dos aspetos relacionados com a sua situação de doença na fase pré-operatória. A aquisição de competências de enfermeira especialista na vertente oncológica ao longo deste percurso, foi fundamental e, constituiu um agradável e importante desafio no sentido de minimizar o sofrimento, desamparo e a descontinuidade do acompanhamento à mulher com cancro da mama, promovendo a orientação, autonomia e capacitação para o autocuidado. Desta forma, o suporte emocional e educativo prestado a estas mulheres com cancro da mama, permitiu reduzir a ansiedade face à cirurgia, prognóstico e medo do desconhecido. Foi elaborada uma checklist de intervenções na consulta pré-operatória, com base na evidência, um Guião de Consulta e ainda, um questionário de Autoavaliação do Utente/Cuidador, que me permitiu demonstrar a compreensão acerca dos ensinamentos, procedimentos e rotinas pré-operatórias e a capacidade para o autocuidado no sentido da reintegração, reabilitação e reorganização pessoal.

Palavras-Chave - Cancro da mama, cirurgia, enfermagem, consulta pré-operatória.

SUMMARY:

Oncological disease, considered a complex chronic disease in its intervention, has many peculiarities of educational and emotional support throughout the course of the disease, which translate into self-care needs. After the identification, in clinical practice, of a gap in terms of specialized training in meeting the unique and complex needs of these women, it became urgent to create a preoperative nursing consultation for women with breast cancer. The theoretical foundation was based on Orem's Self-Care Theory, and during eighteen weeks of internship I was able to develop skills in the technical-relational aspect, regarding to the assistance provided to these women and their families. In response to the problem found, a literature review was carried out, which allowed the identification of fundamental aspects to be addressed in the preoperative context, which are also congruent with the adopted care philosophy, to the extent that as they pointed to aspects related to psychosocial and educational needs. Recommendations were also made for the systematization and operationalization of the preoperative consultation.

The creation of this consultation, integrated in the existing Breast Unit, will allow not only the improvement of the care provided, but also individualized and specialized assistance in a continuity of care process, constituting crucial health care, in order to clarify and guide the reference woman / reference person about aspects related to their disease situation in the preoperative phase.

Throughout this path, the acquisition of skills as a specialist nurse in the oncology aspect was fundamental and constituted a pleasant and important challenge in order to minimize the suffering, helplessness and the discontinuity of monitoring women with breast cancer, promoting guidance, autonomy and training for self-care. In this way, the emotional and educational support provided to these women with breast cancer has reduced anxiety about the surgery, prognosis and fear of the unknown. A checklist of interventions in the preoperative consultation (based on evidence), a Consultation Guide, and a Patient / Caregiver Self-Assessment questionnaire, which allowed me to demonstrate understanding about the preoperative teachings, procedures and routines, and the capacity for self-care in the sense of reintegration, rehabilitation and personal reorganization.

Key-words- Breast Cancer, surgery, nursing, preoperative Consultation



ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	20
1.1 A Mulher com Cancro da Mama proposta para Cirurgia	20
1.2 Intervenções de Enfermagem no cuidado à Mulher com Cancro da mama proposta para cirurgia	24
1.3 A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a sua aplicação na prática de cuidados	27
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO	31
2.1 Diagnóstico de Situação	32
2.2 Objetivos Gerais	34
2.3 Planeamento	37
3. EXECUÇÃO DE ATIVIDADES PLANEADAS	40
3.1 Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgico, na vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia	41
3.1.1 Identificar a dinâmica funcional e organizacional da consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama	41
3.1.2 Analisar a prática da equipa multidisciplinar no âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama	44
3.1.3 Promover cuidados de enfermagem especializados, integrada na equipa multidisciplinar no âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama	45
3.2 Promover a melhoria dos cuidados à mulher/família com cancro da mama proposta para cirurgia, através do planeamento e implementação de uma consulta pré-operatória especializada de enfermagem	46
3.2.1 Incorporar diretivas e conhecimentos desenvolvidos no planeamento e liderança na consulta pré-operatória de enfermagem, com vista à promoção do autocuidado da mulher com cancro da mama	47
3.2.2 Promover cuidados de enfermagem especializados à mulher com cancro de mama/família em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem, integrada na equipa multidisciplinar	52

4. AVALIAÇÃO	58
4.1 Reflexão sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	58
4.2 Pontos fortes e pontos fracos na implementação do projeto	62
4.2.1 Pontos Fortes	62
4.2.2 Pontos Fracos	63
4.3 Contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados	64
5. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
APÊNDICES	78
Apêndice I – Protocolo de Revisão <i>Scoping</i>	79
Apêndice II – Análise Swot	119
Apêndice III – Descrição de Atividades e Resultados Esperados	121
Apêndice IV – Cronograma de atividades	129
Apêndice V – Sessões de Formação Instituições A e B	131
Apêndice VI – Guião de Entrevista	138
Apêndice VII – Estrutura Organizacional e Funcional de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem – Análise Crítica e Reflexiva das Práticas	141
Apêndice VIII – Consulta Pré-Operatória de Enfermagem Mulher com CM: Aplicação da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem	167
Apêndice IX – Questionário de Educação para a Saúde – Instituição B	186
Apêndice X – Cuidar da Mulher com CM em contexto da Consulta Pré-Operatória de Enfermagem – Estudo de Caso	189
Apêndice XI – Checklist de Intervenções na Consulta Pré-operatória	217
Apêndice XII – Fluxograma de Intervenção	219
Apêndice XIII – Póster – Consulta de Enfermagem a Mulheres com CM	221
Apêndice XIV – Caracterização da população Alvo	235
Apêndice XV - Sessão de Formação na Instituição C	233
Apêndice XVI – Algoritmo da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória	237

Apêndice XVII – Questionário de Educação para a Saúde – Instituição C.....	239
Apêndice XVIII – Guia da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória	243
Apêndice XIX – Critérios de Referência à Consulta de Enfermagem de Senologia	306

ANEXOS308

Anexo I – Parecer favorável do CA e Conselho de Ética do CH	309
Anexo II – Parecer dos Superiores Hierárquicos	311
Anexo III – Congresso Literacia em Saúde	314
Anexo IV – Certificado 1º lugar no Poster apresentado no Congresso AESOP	316
Anexo V – Formação em Cuidados de Enfermagem ao Doente Oncológico	319
Anexo VI – Termómetro de Angústia da NCCN	321

TABELAS

Tabela 1 - Período de estágio em cada Instituição	37
Tabela 2 - Principais Resultados do Questionário de Educação para a Saúde	50
Tabela 3 - As três vertentes da consulta de Enfermagem Pré-Operatória	57

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Resultados da Aplicação do Termómetro de Distress da NCCN	55
---	----

FIGURAS

Figura 1 - Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem	28
--	----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio com Relatório, do 10º Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC), na vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), surge a realização do presente relatório intitulado “Capacitação da Mulher com Cancro da Mama: Criação de uma Consulta Especializada de Enfermagem Pré-Operatória”, com o intuito de dar cumprimento à metodologia de avaliação desta UC.

No Artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), referente ao **dever de informação**, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; d) Informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter. Por sua vez, no Artigo 89.º referente à **humanização dos cuidados de enfermagem**, o enfermeiro assume o dever de: a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (OE, 2015).

Nesta perspetiva e como futura enfermeira especialista, percebo a responsabilidade de providenciar cuidados assistenciais personalizados aos clientes e suas famílias, na vertente oncológica e para isso, fundamentar o domínio da prática especializada em enfermagem, ou seja, com competência profissional que me permita exercer funções, objetivando resultados com eficiência.

Neste sentido, surge a partir de um desejo pessoal e do interesse das chefias, incluir o enfermeiro do Bloco Operatório na equipa multidisciplinar da Unidade da Mama (UM), com o intuito de dar resposta à filosofia de valores do centro hospitalar onde exerço funções, e que visa a satisfação do doente cirúrgico relativamente aos cuidados prestados, em todas as fases da sua doença, apoiados na prática baseada na evidência (PBE), onde se inclui a mulher com cancro da mama (CM) e assim, dotar-se de competências no sentido da certificação hospitalar.

Desta forma, proponho-me a elaborar um relatório de estágio revelador, da capacidade de reflexão sobre a prática, de pensamento crítico articulado com o conhecimento e a evidência científica e dos contributos das aprendizagens para o desenvolvimento de competências na área

da capacitação da mulher com CM proposta para cirurgia, no âmbito da consulta pré-operatória.

Assim, pretende-se que este relatório seja um reflexo do trabalho desenvolvido ao longo desta UC, que decorreu no 1º semestre do 2º ano deste curso. No plano de estudos desta unidade curricular, encontra-se contemplado um período de Estágio de 450 horas de contacto direto, através da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, sua família/cuidadores.

O estágio foi dividido em turnos de 8h (num total de 56) que se distribuíram pelas 18 semanas de estágio, realizadas em três Instituições de Saúde, previamente selecionadas. Este estágio, teve por base os seguintes objetivos gerais: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem à mulher/família com cancro da mama proposta para cirurgia e ainda, promover a melhoria dos cuidados à mulher/família com cancro da mama proposta para cirurgia, através do planeamento e implementação de uma consulta pré-operatória especializada de enfermagem.

Assim, a implementação deste projeto de intervenção para a melhoria da qualidade constituiu, para além de uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, a base estrutural deste relatório, sendo que a sua concretização possibilitou adequar e aperfeiçoar as competências apreendidas durante a fase teórica do curso ao contexto da prática de enfermagem no âmbito do ensino clínico, através da realização dos estágios.

Nesta perspetiva, e com o propósito de atingir os objetivos anteriormente descritos para este projeto de intervenção foram realizados, três estágios em contextos clínicos idênticos, mas ainda assim com características distintas, quer a nível organizacional, estrutural e de intervenção, mas ambos com contributos muito relevantes, a serem apresentados posteriormente. O primeiro, numa Unidade da Mama (Instituição A), o segundo numa Unidade de Diagnóstico e Tratamento Integrado da Mama (Instituição B). O terceiro estágio foi realizado na Instituição C, onde exerço funções, inserido na Unidade da Mama, e reuniu um conjunto de saberes e experiências da prática clínica adquirida e da evidência científica resultante da Revisão *Scoping* da Literatura (RSL), sendo que, a intenção final, foi a criação de uma consulta de Enfermagem Pré-Operatória, realizada por mim (enfermeira perioperatória) no espaço físico das consultas externas, onde se realiza igualmente a consulta de enfermagem de senologia, a consulta médica de senologia, a consulta de anestesia e os exames complementares de diagnóstico.

Os locais de Estágio foram previamente selecionados em articulação com a Sr.^a Professora Doutora Eunice Sá, e sem perder o foco no contributo individual que cada um poderia ter no meu desenvolvimento gradual de competências no âmbito do tema escolhido.

Assim, para este relatório foram definidos os seguintes objetivos específicos: descrever de forma clara e consistente a componente científica e formativa inerente a este projeto e o percurso dos estágios, tendo base as orientações para a Construção do Projeto de Estágio, desta UC, da ESEL, atendendo às Normas da Associação Americana de Psicologia (APA) como orientação para as citações e referências bibliográficas utilizadas e refletir sobre os aspetos supracitados, integrando o conhecimento científico baseado na evidência e em simultâneo apresentar a evolução do desempenho ao nível do julgamento clínico e tomada de decisão, tendo por base as competências especializadas desenvolvidas nesta área de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010a).

O presente relatório encontra-se dividido em 5 capítulos principais, como sejam: o enquadramento concetual, o projeto de intervenção, a execução de tarefas, a avaliação com as principais dificuldades sentidas e a forma como foram superadas, e ainda, a conclusão e perspectivas futuras. Por último, as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração do mesmo, os apêndices e os anexos que enobrecem e sustentam o trabalho desenvolvido ao longo deste percurso, atendendo aos objetivos gerais e específicos previamente estabelecidos, e através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva.

Após uma análise reflexiva acerca da prática de cuidados em contexto profissional, e de acordo com a metodologia de elaboração de projeto, utilizei as fontes de informação que tinha ao meu dispor para a definição do problema, nomeadamente peritos na área, sugestões deixadas pelos especialistas da área e questões levantadas em contexto real da prática de cuidados. Nesta perspetiva, realizei entrevistas profissionais, com o intuito de confirmar a existência de uma lacuna de cuidados e identificar o problema com necessidade de intervenção.

Analisada a informação obtida nessas entrevistas, pude constatar que no que refere à capacitação especializada na satisfação das necessidades singulares e complexas destas mulheres, a prática existente não era satisfatória, pelo que surgiu a necessidade e a vontade de criar uma consulta especializada de enfermagem pré-operatória dirigida a mulheres com cancro da mama, integrada na Unidade da Mama já existente no local onde exerço funções, como um projeto de intervenção piloto e inovador no centro hospitalar, que visa a melhoria dos cuidados prestados (procurando dar resposta ao art.º 109 do CDE). Esta motivação, perfeitamente enquadrada nos Padrões de Qualidade do Cuidados de Enfermagem da OE foi utilizado como base à organização e sistematização da consulta pré-operatória, particularmente no que diz respeito à procura permanente da excelência do exercício profissional e da sensibilidade para a liderança (OE, 2012).

A existência de uma consulta estruturada para o apoio educativo e psicossocial no período

pré-operatório, constituía um objetivo a médio prazo, do centro Hospitalar, no entanto, até à data, ainda não tinham sido reunidas as condições necessárias para a sua criação, implementação e manutenção.

Este projeto foi aceite pelo Conselho de Administração e encontra-se integrado no Plano de atuação e Missão desta instituição, que consiste em assegurar a cada doente “cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas (...)” e à visão defendida, de “constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados” (site oficial da instituição, 2019), procurando ainda dar resposta aos objetivos Estratégicos da Comissão da Qualidade e Segurança para o triénio 2017/2019, do mesmo hospital, no que refere à Promoção de programas de acreditação/certificação e à Promoção e melhoria da qualidade clínica e organizacional hospitalar.

Visava-se, igualmente, uma assistência individualizada e a constituição de um cuidado em saúde decisivo, no sentido de esclarecer a mulher acerca da “natureza e objetivos dos procedimentos de diagnóstico, preventivos ou terapêuticos”, bem como dos possíveis “desconfortos (...), riscos físicos, psicológicos, económicos e sociais” que podiam surgir no decorrer do processo da sua doença oncológica (Arantes & Mamede, 2003, p.50).

O cuidado centrado na pessoa/mulher (CCP) com cancro da mama proposta para cirurgia, revestiu-se de intervenções de enfermagem de elevado nível de competência, excelência e rigor, uma vez que este projeto de intervenção resulta do desenvolvimento de capacidade de liderança e trabalho em equipa multiprofissional, através da inclusão de boas práticas baseadas na evidência e da inovação em saúde, sempre com vista à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados, no âmbito da consulta de enfermagem pré-operatória (OE, 2012).

Durante todo este processo de desenvolvimento de competências específicas de enfermeira especialistas e de acordo com o CDE no seu art.º 103 (OE, 2015), foram observados o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa (art.º 103), tendo-se efetuado esforços no sentido de valorizar a vida e a qualidade de vida (art.º 103), abstendo-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa/família (art.º 102), realizando intervenções de enfermagem que pretenderam ir ao encontro da defesa da liberdade, autonomia (art.º 104), vulnerabilidade e da dignidade da mulher com cancro de mama proposta para cirurgia, aspetos amplamente definidos quer no CDE, quer no Regulamento de Competências comuns no Decreto-Lei n.º 140/2019, de 06 de fevereiro de 2019, no que refere ao Domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal das competências comuns do enfermeiro especialista.

A nível pessoal, este projeto apresentou-se desafiante e pertinente no contexto atual de cuidados, desde o primeiro momento. Surgiu da necessidade emergente de desenvolver competências especializadas nesta área, de modo a dar resposta às exigências da prática clínica no que refere à abordagem complexa e singular no acompanhamento pré-operatório da mulher com cancro da mama, para o qual contribuiu, em muito, a realização deste curso de especialização e mestrado integrado.

Desde o início do curso, esta temática tem vindo a adquirir uma relevante e progressiva importância na minha formação, constituindo uma das principais áreas de atuação a desenvolver enquanto enfermeira especialista.

Assim, com a realização deste projeto de intervenção, pretende-se, em simultâneo, o título profissional de Enfermeiro EEMC, na vertente Oncológica, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e a obtenção do Grau de Mestre, considerando o despacho n.º 1345/2010 publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 13 de 20 de Janeiro e despacho 13755/2010, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 167 de 27 de Agosto, através da operacionalização deste projeto de intervenção, relatório e posterior defesa.

Deste modo, foram atendidas as competências definidas no plano de estudos da ESEL no que respeita ao curso de mestrado, as preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de formação, bem como as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEMC) defendidas pela Ordem dos Enfermeiros. Importa ainda acrescentar que ao nível das competências específicas do EEMC à pessoa em situação perioperatória, este relatório procura incorporar as duas unidades de competência descritas no Decreto-Lei 135/2018, nomeadamente, a capacitação da pessoa/família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica e a promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória (Decreto-Lei n.º 135/2018 de 16 de julho). Do mesmo modo, foram desenvolvidas as competências definidas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS) 2018, onde saliento o peso da abordagem crítica e científica na tomada de decisões, a responsabilidade na assistência baseada em evidências, o assumir da liderança no início de novas pesquisas em enfermagem oncológica e, por fim, o aumento da segurança do paciente e da qualidade e eficácia da prestação de cuidados no contexto pré-operatório, em mulheres com cancro da mama.

Portugal apresenta uma população feminina de cerca 5 milhões, sendo que surgem aproximadamente 6 mil novos casos de cancro da mama por ano, 11 novos casos por dia, e desses, 4 mulheres morrem com esta doença (OMS, 2015).

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística - INE (2017), os tumores malignos estão entre as principais causas de morte, perfazendo cerca de 25% dos óbitos totais. Sendo que “as

doenças oncológicas têm tido um aumento muito significativo entre a população portuguesa, sendo já a segunda causa de morte” em Portugal (Ministério da Saúde, Retrato da Saúde, 2018, p.23).

A evidência científica revela que os esclarecimentos e/ou informações fornecidas acerca da doença e seu tratamento constituem a base dos cuidados de suporte aos doentes oncológicos, uma vez que esses passam a beneficiar da tomada de decisão partilhada, de maior satisfação com os cuidados prestados, de melhoria na sensação de controlo em todo o processo, da redução dos níveis de ansiedade, da melhoria da comunicação com o enfermeiro/equipa e família e ainda de uma melhoria no que refere à qualidade de vida (Arraras et al., 2010).

Os últimos dados da *International Agency for Research on Cancer*, da Organização Mundial de Saúde, relativos a 2017, revelam que o cancro da mama é o tipo de cancro mais frequente na mulher não só em Portugal, como no resto do mundo. Uma em cada 11 mulheres em Portugal irá desenvolver cancro da mama ao longo da sua vida, apresentando-se com uma elevada incidência e com a perspetiva de aumentar a cada ano. Cerca de 1600 mulheres em Portugal morrem todos os anos devido ao cancro da mama (PNDO, 2017).

Sendo a forma de cancro mais frequente na mulher, raramente surge antes dos 30 anos de idade, mas a probabilidade aumenta significativamente a partir dos 45 anos e mais ainda depois dos 60 anos. Devido ao desenvolvimento acentuado de técnicas terapêuticas inovadoras e cada vez mais dirigidas, particularmente ao nível das intervenções cirúrgicas, tratamentos adjuvantes, mas também no que se refere ao diagnóstico precoce do cancro da mama, Portugal, hoje, consegue apresentar uma taxa de sobrevivência ao cancro da mama de 88%, em comparação com os 83% europeus, ou seja, superior à média Europeia (Dados do Perfil de Saúde do País realizado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2019).

Verifica-se, então, que a incidência do cancro mamário aumenta com a idade, e que por norma o prognóstico é bom, se detetado em estadios iniciais (Cardoso, 2017). Em oposição, quando metastizado é virtualmente incurável, tornando-se a segunda causa de morte por neoplasias na mulher (PNDO, 2017).

De acordo com Rocha & Ivo (2016), a importância de existir uma consulta pré-operatória preparada, organizada e “adaptada à unicidade de cada cliente”, procurando oferecer “um atendimento digno” p.172) é fundamental, bem como a ação voltada para a orientação e construção de laços de confiança.

Gonçalves, Cerejo & Martins (2017), referem que “a equipa de enfermagem tem a responsabilidade fulcral de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias e as complexidades que envolvem o

momento cirúrgico, de modo a este poder adquirir um certo sentimento de domínio” (p.18).

A evidência científica permite, então, através dos resultados obtidos, empoderar o enfermeiro, de modo que consiga antecipar cuidados e otimizar resultados em saúde, sempre com o foco na melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Assim, é crucial que o enfermeiro que realiza a consulta de enfermagem pré-operatória integre na sua formação específica, conhecimentos que lhe permitam combater e diminuir a lacuna entre a evidência e a ação (Conselho Internacional dos Enfermeiros, OE, 2012), relacionando a intervenção prática, no contexto real de cuidados, com a melhor evidência científica disponível, mobilizando esses conhecimentos e experiência profissional presente e passada, na deteção de problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, em especial nos indivíduos/famílias e, posteriormente, possuir a capacidade de recolher e analisar os dados, de forma a apresentá-los (OE, 2012).

Neste contexto, é exetável que o projeto realizado acrescente valor nesta área específica de intervenção e melhore a qualidade dos cuidados de enfermagem, principalmente ao nível da capacitação e autocuidado no período pré-operatório a estas mulheres, respeitando e integrando os enunciados descritos nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), 2001. A operacionalização e sistematização desta consulta especializada de enfermagem foi bastante reforçada pela realização dos estágios em duas instituições selecionadas previamente, com consulta de enfermagem pré-operatória já implementada, pela apreciação e leitura de manuais, instruções de trabalho, guias de consultas, normas e protocolos.

O estado de arte explanado no enquadramento concetual utilizado desde a conceção, planificação e implementação deste projeto e consequente elaboração do relatório aqui apresentado teve por base de sustentação uma RSL, bem como referenciais específicos da profissão de enfermagem, como sendo o Modelo de Cuidados Centrados na Pessoa (McCormac & McCance, 2006, 2010), os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001), o Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE, 2015) e o referencial teórico de Dorothea Orem, com a Teoria do Autocuidado (Orem, 1995).

A teoria de Dorothea Orem é a que melhor defende o enquadramento conceptual deste projeto e assumiu uma particular relevância em todos os locais de estágio. Na sua Teoria do Autocuidado, refere que os seres humanos se encontram em permanente relação e comunicação entre eles e com o meio que integram de forma a atingirem o bem-estar e/ou a sobrevivência (Orem, 1995). Esta teórica, defende igualmente que a enfermeira deve ser uma profissional treinada e experiente proporcionando cuidados especializados de enfermagem de acordo com as necessidades de autocuidado das pessoas, beneficiando-as (Diógenes & Pagliuca, 2003).

Em suma, este relatório constituiu um instrumento válido no que se refere à descrição e análise das tarefas, atividades, estratégias e ações desenvolvidas no decorrer dos ensinamentos clínicos escolhidos, através do qual foi possível identificar as principais competências de enfermeira especialista desenvolvidas/adquiridas, as quais nos permitiram prestar cuidados diferenciados e especializados de enfermagem às mulheres e famílias afetadas pelo cancro com autoridade e total responsabilidade. Esse cuidado foi sempre fundamentado e alicerçado em conhecimentos e habilidades especializadas, éticas e pessoais baseadas na evidência, presentes ao longo do relatório (EONS, 2018).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De modo a enquadrar o tema e o objeto de intervenção deste projeto, importa saber, de uma forma geral, quem é a mulher com cancro da mama proposta para cirurgia e, assim através da evidência científica e dos dados disponíveis, identificar o impacto desta doença e do tratamento cirúrgico na sua vida e na sua saúde e intervir eficazmente. Nesta perspetiva, prevê-se minimizar o impacto e as possíveis complicações que esta doença acarreta através da identificação de necessidades de apoio e capacitação ao nível psicossocial e/ou educativo. A consulta especializada de enfermagem, realizada num ambiente seguro, tranquilo, onde a informação/orientação para o autocuidado e capacitação é personalizada e progressiva, de acordo com as necessidades da mulher, pretende ser um vetor de qualidade e excelência, reforçando a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva o enquadramento conceptual aqui descrito possibilita alicerçar, em termos teóricos, o problema em análise e o trabalho desenvolvido ao longo das 18 semanas de estágio.

1.1 A Mulher com Cancro da Mama proposta para Cirurgia

De acordo com Moreira, Silva & Canavarro (2008), muitas são as implicações do cancro da mama para as mulheres, nomeadamente ao nível da qualidade de vida e do ajustamento psicossocial. Estas autoras, referem ainda que o diagnóstico de cancro da mama é, “sem dúvida, uma experiência adversa e potencialmente traumática, que pode influenciar múltiplos aspetos do ajustamento psicológico da mulher, incluindo o seu bem-estar emocional e social, a sua imagem corporal, sexualidade e funcionamento físico” (p.167).

Neste contexto, o cancro da mama assume-se com uma doença crónica, abandonando a conceção há muito enraizada na população em geral, de uma doença incontornavelmente sem cura e fatal. Assim, apesar do cancro da mama ser uma doença complexa e revestida de diversos constrangimentos ao longo do processo de doença/cura, a sobrevivência das mulheres tem vindo a melhorar nos últimos 20 anos (Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser e Dallas, 2008).

O cancro da mama corresponde a uma degeneração celular com origem nas células epiteliais, sendo o carcinoma ductal da mama o mais frequente e, tal como o nome indica, tem origem nas células dos ductos (Phipps, Sands & Marek, 2003). Quando as células malignas não

ultrapassam a membrana basal e encontram-se demarcadas, estamos perante um carcinoma ductal in situ. Nestas situações são pesquisados 3 tipos de proteínas: o recetor de estrogénio, de progesterona e o fator de crescimento tipo 2 (HER2), que vão permitir entender melhor o “comportamento” deste tipo de cancro e direcionar para uma intervenção terapêutica dirigida, ou seja: se tem recetores de estrogénio, se tem a presença de HER2, ou se, pelo contrário, não tem nenhuma das proteínas mencionadas e é um triplo negativo (Gradishar et al. 2011).

As Recomendações Nacionais para o Tratamento e Diagnóstico do Cancro da Mama (s.d) referem que a mamografia permanece o método de eleição na deteção imagiológica do cancro da mama, bem como na 1ª abordagem diagnóstica de cancros que se manifestam clinicamente. Segundo Lourenço, Mauad & Vieira (2013), a mamografia constitui a melhor metodologia de prevenção secundária a nível populacional, intervindo e promovendo a deteção precoce na fase assintomática, implicando a redução substancial da morbilidade e mortalidade causada pela deteção tardia. Ainda segundo estes autores, “estudos prospetivos controlados demonstraram que o rastreamento mamográfico leva a uma maior taxa de deteção de lesões mamárias, associando-se a uma diminuição da mortalidade por cancro que chega até 35%.” (p.587).

Com base na classificação *Breast Imaging-Reporting and Data System* (BI- RADS) desenvolvido em 1993 pela *American Cancer Society* (ACS), o resultado histológico é correlacionado com a imagiologia, de modo a produzir as recomendações e opções de tratamento finais mais adequadas (Sardanelli et al., 2017).

A cirurgia oncológica mamária pode dividir-se em duas grandes cirurgias: a tumorectomia e a mastectomia, naturalmente com especificidades dentro de cada uma delas, e adequando-se à patologia e indicação cirúrgica de cada mulher, em consonância com as recomendações nacionais e internacionais para o diagnóstico e tratamento do cancro da mama. De acordo com Cardoso et al. (2019), a principal mudança no tratamento cirúrgico do cancro de mama primário tem sido a alteração das técnicas de conservação da mama, as quais tiveram início há mais de 30 anos.

Atualmente, cerca de 60 a 80% dos cancros recém-diagnosticados são passíveis de conservação da mama, sendo a cirurgia por tumorectomia a principal escolha cirúrgica para o cancro da mama. A mastectomia, por sua vez, é realizada ainda em algumas mulheres, principalmente devido ao tamanho do tumor ou à localização do mesmo, incapacidade de alcançar margens cirúrgicas negativas após múltiplas ressecções, radiação prévia à parede torácica/mama ou outras contraindicações à radioterapia, inadequação para conservação de mama oncoplástica, e ainda por escolha da mulher (Cardoso et al., 2019).

Assim, a mulher com CM pode ser submetida, sob anestesia geral, a uma tumorectomia ou mastectomia, com eventual reconstrução ou não, dependendo de cada caso. Normalmente durante a cirurgia é realizada a biópsia do gânglio sentinela que segue para exame extemporâneo, implicando uma linfadenectomia ou não, de acordo com o resultado da biópsia. O gânglio sentinela é o primeiro a ser “atingido” pelas células tumorais, e a sua pesquisa permite identificar o envolvimento dos gânglios linfáticos, e assim estabelecer um diagnóstico mais completo e adequar o tratamento posterior.

Inerente ao aparecimento do CM, são conhecidos alguns fatores de risco fortemente associados aos estilos de vida e a características reprodutivas próprias do estilo de vida moderno e ocidentalizado. Estes riscos devem ser considerados aquando da aplicação das recomendações, em especial no que refere ao rastreio e diagnóstico do CM, sendo o custo-benefício avaliado de acordo com a existência não só de fatores de risco para CM, mas outros, como a densidade mamária (maior densidade, maior risco), história de biópsias anteriores e história familiar de doença oncológica (Mahon, 2012, p.567). Segundo a Liga Portuguesa Contra o Cancro (2018), os principais riscos associados ao carcinoma da mama são:

- Idade: a possibilidade de ter cancro da mama aumenta com o aumento da idade;
- uma mulher com mais de 60 anos apresenta maior risco. O cancro da mama é menos comum antes da menopausa;
- História pessoal de cancro da mama: uma mulher que já tenha tido cancro da mama (numa mama), tem maior risco de ter esta doença na outra mama;
- Alterações genéticas: alterações em certos genes (BRCA1, BRCA2, entre outros) aumentam o risco de cancro da mama;
- Primeira gravidez depois dos 31 anos;
- História menstrual longa: mulheres que tiveram a primeira menstruação em idade precoce (antes dos 12 anos de idade), tiveram uma menopausa tardia (após os 55 anos) ou que nunca tiveram filhos (nuliparidade);
- Terapêutica hormonal de substituição: mulheres que tomam terapêutica hormonal para a menopausa durante 5 ou mais anos após a menopausa;
- Raça: o cancro da mama ocorre com maior frequência em mulheres caucasianas comparativamente a mulheres Latinas, Asiáticas ou Afro-americanas;
- Obesidade após a menopausa: A obesidade está relacionada com uma proporção anormalmente elevada de gordura corporal; tendo em conta que o corpo produz alguns estrogénios (hormona feminina) no tecido gordo, é assim mais provável que as mulheres obesas apresentem níveis elevados de estrogénios e, conseqüentemente, risco aumentado para cancro

da mama;

- Inatividade física: estar fisicamente ativa pode ajudar a diminuir este risco, através da prevenção do aumento de peso e da obesidade;
- Bebidas alcoólicas: alguns estudos sugerem haver relação entre a maior ingestão de bebidas alcoólicas e o risco aumentado de ter cancro da mama.

No relatório de Monitorização e Avaliação dos Rastreios Oncológicos (2016/2017) é estipulado que a redução da mortalidade associada à doença oncológica depende da redução ou eliminação de fatores de risco e na aposta na deteção precoce da doença oncológica.

Independentemente do tipo de cirurgia e do seu grau de complexidade, o ato cirúrgico é sempre visto como uma “ameaça aos seus conceitos e padrões de vida” (Santos, Piccoli & Carvalho, 2007, p. 53). Nesta perspetiva, verifica-se que o período pré-operatório deve não só incluir orientação e capacitação física, mas também psicológica, pelo comprovado aparecimento de desequilíbrios psicossociais. Assim sendo, torna-se necessário explorar o que o doente já sabe acerca da cirurgia e quais as suas expectativas.

Quanto ao impacto emocional da doença oncológica, amplamente estudado por Holland & Rowland (1989), de salientar seis aspetos a considerar na abordagem global destas mulheres em consulta: a morte, a desfiguração, a incapacidade, a separação/rutura e o desconforto. De acordo com Gomes & Silva (2016), a mama constitui o “símbolo de beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida” (p.1). Ainda para estas autoras, perante o diagnóstico da doença, muitas mulheres veem a cirurgia como o principal meio de resolução da situação de doença, uma vez que a preocupação inicial e primordial é a sobrevivência. Sugerem, por isso, a aplicação de escalas de avaliação da qualidade de vida para uma melhor compreensão do impacto do cancro nestas mulheres.

Pereira, Soares, Russo, Teles, Lenza & Sonobe (2016) salientam que existem diferentes tipos de necessidades de informação pré-operatória por parte do doente cirúrgico oncológico, nomeadamente:

- 1- Necessidade de informação pré-operatória acerca de rotinas e protocolos (objetiva e suficiente);
- 2- Necessidade de informação específica sobre a cirurgia, consequências mutilantes e tratamento adjuvante;
- 3- Necessidade de segurança emocional atendendo às expectativas, satisfação e direitos do doente oncológico;
- 4- Necessidade de informação acerca do percurso e ambiente cirúrgico;
- 5- Necessidade de acompanhamento integrado e planeado, com preparação para o pós-

operatório e para a alta hospitalar.

Perante a realidade de que a conceção de doença oncológica se encontra muito presente nestas mulheres e não se desvanece mesmo após a alta, é fundamental existir um acompanhamento estruturado e sem lacunas em todas as fases do processo de doença, desde o diagnóstico à cura/ palição.

Através da RSL realizada (Apêndice I), foi possível categorizar os principais resultados e agrupá-los em “Necessidades Psicossociais”, “Necessidades Educativas” e ainda definir “Recomendações para Sistematização e Operacionalização da consulta pré-operatória de enfermagem”. As necessidades encontradas vão ao encontro do diagnóstico de situação efetuado, que permitiu a identificação de aspetos a abordar na consulta, a clarificação de conceitos e ainda melhorar a coordenação e comunicação no seio da equipa multidisciplinar.

Atendendo ao impacto e às implicações da doença e do tratamento cirúrgico na singularidade destas mulheres, a existência de pessoal treinado e competente para o desempenho das diversas intervenções (quer educativas, quer de apoio psicossocial) no âmbito da consulta pré-operatória assumem um papel preponderante. Através da criação de uma consulta de enfermagem pré-operatória estruturada pretende-se dar visibilidade ao trabalho do enfermeiro. O papel educativo e de suporte emocional fornecido pelo enfermeiro no período perioperatório é igualmente considerado um indicador de qualidade (Santos & Nascimento, 2013).

Assim, é fundamental dominar o conhecimento adquirido acerca da mulher com cancro da mama proposta para cirurgia, as suas necessidades, os seus medos e principais preocupações, avaliando a realidade e a evidência, no sentido de se elaborar um plano de cuidados dirigido, levantar problemas específicos e diagnósticos possíveis, tudo com a finalidade de oferecer a estas mulheres, uma intervenção de enfermagem especializada, mediante um suporte de cuidados centrado na pessoa.

1.2 Intervenções de Enfermagem no cuidado à Mulher com Cancro da mama proposta para cirurgia

No paradigma holístico, aquele em que procuro alicerçar as minhas ações, o Homem está em interação recíproca e simultânea com o ambiente que o rodeia, sendo-lhe reconhecido o direito e o dever da capacidade de tomada de decisão e, é visto na totalidade das experiências humanas atendendo ao seu interior (pessoal/intencional), exterior (fisiológico/comportamental). Neste paradigma é possível consciencializar para a capacidade de

transformação e mudança da pessoa. Segundo a Canadian Nurses Association (2008), a Advanced Nursing Practice (APN), é um termo chave que descreve um avançado nível de prática clínica em enfermagem e que maximiza o uso de formação graduada, a profundidade do conhecimento em enfermagem e a perícia de ir ao encontro das necessidades individuais, familiares, de grupos, comunidades e populações. Envolve: analisar e sintetizar conhecimento; compreender, interpretar e aplicar a teoria e a investigação em enfermagem e o desenvolvimento/avanço do conhecimento em enfermagem e da profissão como um todo, definindo as competências essenciais a desenvolver pelos enfermeiros especialistas, tais como: o conhecimento, habilidade e atitude, ou seja, saber, saber fazer e saber ser.

A importância do desenvolvimento de competências no âmbito da entrevista estruturada, na relação e na comunicação, constitui igualmente competências a fortalecer, uma vez que ajudam a detetar e avaliar as necessidades educativas e emocionais por parte da mulher e sua família/pessoa significativa, bem como a sua predisposição para aprender e conhecer mais sobre a sua situação de saúde.

Este projeto de intervenção na prática clínica tinha como objetivo primordial a adequação dos ensinamentos para melhor capacitação da mulher face a possíveis complicações, ajudá-la a contextualizar os sentimentos, expectativas, angústias e anseios (prestando assim apoio psicológico) realçando o bem-estar físico.

Wilson et al. (2013), acrescentam que o enfermeiro especialista em Cancro de Mama é aquele que dedica o seu trabalho exclusivamente a esta doença, participa na reunião multidisciplinar e está presente no momento da comunicação de diagnóstico, doença recorrente ou avançada. Encontra-se disponível para a paciente em todo o processo do continuum da doença, oferecendo conselhos práticos, apoio emocional, complementando/clarificando explicações sobre o plano de tratamento e informação educacional sobre efeitos colaterais, entre outros.

Fox (2008) sugere a elaboração de um modelo com base no Modelo de Crenças para a Saúde, em que conceptualmente “as pessoas agem conforme as ameaças percebidas ou esperadas”, onde se identificam os fatores predisponentes, as percepções (ameaças e expectativas), a ação e a condição de saúde, o que se pode tornar uma mais-valia de atuação na consulta, trazendo eficácia para a estruturação e planeamento de informações e ensinamentos a fornecer (p.282).

Eicher et al. (2012), quando pretendem definir um currículo europeu para o treino e formação de enfermeiros especialistas em “breast cancer”, referem que ensaios clínicos randomizados sugerem a existência de benefícios ao nível psicológico do doente, na intervenção

do enfermeiro especialista em oncologia mamária. Estes incluem: redução do sofrimento, diminuição da ansiedade e da depressão e melhoria do bem-estar físico e social. Além disso, reduzem significativamente sentimentos de incerteza até 6 meses após o diagnóstico, e melhoram de forma significativa a insónia, dispneia, entre outras.

Num estudo realizado por Grittem, Méier & Gaievicz (2006), foram identificados 18 diagnósticos principais, no período pré-operatório, que espelham as principais necessidades de cuidados destas mulheres, e poderão vir a ser uma mais valia no seu aconselhamento e encaminhamento e, dos quais se destacam: ansiedade, medo, risco para a infeção, risco e/ou dor aguda, déficit de conhecimento, risco para função respiratória alterada, estado nutricional alterado, risco de náuseas, interação social prejudicada, dor crónica, sentimento de pesar antecipado, risco de lesão para posicionamento perioperatório, hipotermia, risco para trauma, ansiedade familiar, distúrbio no padrão do sono e risco para distúrbio da autoimagem.

Assim, espera-se que após a intervenção de enfermagem ao nível da capacitação, na consulta pré-operatória de enfermagem, a mulher com cancro da mama (e família/pessoa significativa) afirme: que a ansiedade face à cirurgia, prognóstico e medo do desconhecido diminuiu; demonstre verbalmente a compreensão acerca dos ensinamentos, procedimentos e rotinas pré-operatórias e que demonstre capacidade para o autocuidado, no sentido da reintegração, reabilitação e reorganização (Otto, 2006).

De acordo com Fox (2008), “a educação do paciente é uma experiência planeada, com base nas melhores informações (prática baseada em evidências) que permitam modificar ou melhorar o comportamento em relação à saúde e a condição de saúde” (p. 271). Esta afirmação sustenta, uma vez mais, a ideia de que é fundamental conhecer a mulher com cancro da mama como um todo, de uma forma sistémica e holística, onde o saber técnico acerca do tipo de cirurgia e do seu objetivo pode ajudar a orientar e a capacitar a mulher e reduzir a ansiedade pré-operatória no contexto de uma intervenção cirúrgica, minimizando os seus efeitos no pós-operatório. Para a Associação de Enfermeiros de Salas de Operações (AESOP, 2006), na consulta pré-operatória de enfermagem devem-se avaliar as necessidades físicas e psicológicas do doente, descrever os procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta, envolver a família/adulto responsável no plano de assistência proposto, fornecer documentação educativa complementar, preparar para a alta e pós-operatório fora da instituição hospitalar (AESOP, 2006, p. 346). Para esta associação, a consulta de enfermagem reveste-se de uma forte componente educativa, e a aliança entre enfermeiro/doente/família pode ditar os resultados das intervenções especializadas efetuadas, como tal, é fulcral que se estabeleça relação empática.

Oliveira, Queiroz, Matos, Moura & Lima (2012) destacam o potencial da consulta de

enfermagem como uma estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva, respaldada por lei, privativa do enfermeiro, e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além de que ajuda na prevenção de situações evitáveis (p.156).

A intervenção de enfermagem na consulta de enfermagem visa a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (DR, 2014, p.598).

Na revisão *Scoping* da literatura efetuada, não se encontra definido o momento exato em que esta consulta deve ser realizada. No entanto, Leal (2006) é da opinião de que o apoio e os cuidados pré-operatórios devem ser iniciados pelo menos uma semana antes da cirurgia (cerca de 5 a 6 dias) e, embora as intervenções educativas devam ser personalizadas, devem focar temas comuns, como a preparação física e psicológica e respetivos ensinamentos pré-operatórios.

Em suma, intervenção em parceria com a mulher com CM inclui uma avaliação multidimensional, o envolvimento da família e a determinação de um plano de cuidados personalizado, onde é possível analisar a situação vivida em contexto profissional e refletir acerca da forma como essa parceria pode vir a melhorar o seu projeto de saúde, de acordo com as condições existentes no momento.

1.3 A Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a sua aplicação na prática de cuidados

O conceito de autocuidado encontra-se intimamente ligado ao conceito de capacitação, o qual assenta no pressuposto da formação/ensino da mulher, na demonstração e por fim na validação dos ensinamentos efetuados. Fernandes, Becker, Ramos, Prado, Sasso & Martins (2011) apresentam o ser humano como um ser de cuidado, sendo esse cuidado expresso “à lente do olhar de cada cuidador, pois como as artes exprimem uma linguagem própria, o ato do cuidado também reflete uma linguagem muito pessoal” (p.169).

De acordo com Tomey & Alligood (2004), a atividade de autocuidado acontece quando a pessoa atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a verdadeira autonomia. Nesta vertente, verifica-se que o autocuidado é uma intervenção com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com uma translação muito positiva no que refere à capacitação e promoção da saúde e bem-estar. A sua inclusão no contexto da consulta pré-operatória em mulheres com cancro da mama propostas para cirurgia revela-se uma intervenção de enfermagem decisiva, pois, tal como afirmam Santos, Ramos & Fonseca (2017), “as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo

de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e re-hospitalização” (p.51).

Assim, parece-me coerente apresentar a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem como aquela que parece dar “corpo” à lacuna de cuidados e de boas práticas encontrada, sustentando todo o processo educativo e de promoção do autocuidado no âmbito da consulta pré-operatória. Orem (1995) define autocuidado como sendo “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar” (tradução do inglês pela autora, p.84).

O autocuidado consiste num processo autodirigido, dinâmico (Orem, 1995) e autoempoderante na implementação de comportamentos que reconhecem, previnem, aliviam e/ou diminuem o tempo, a intensidade, a angústia, a afluência e a qualidade desagradável dos sintomas, com o intuito de atingir os melhores resultados de desempenho funcional (*European Oncology Nursing Society - EONS, 2018*).

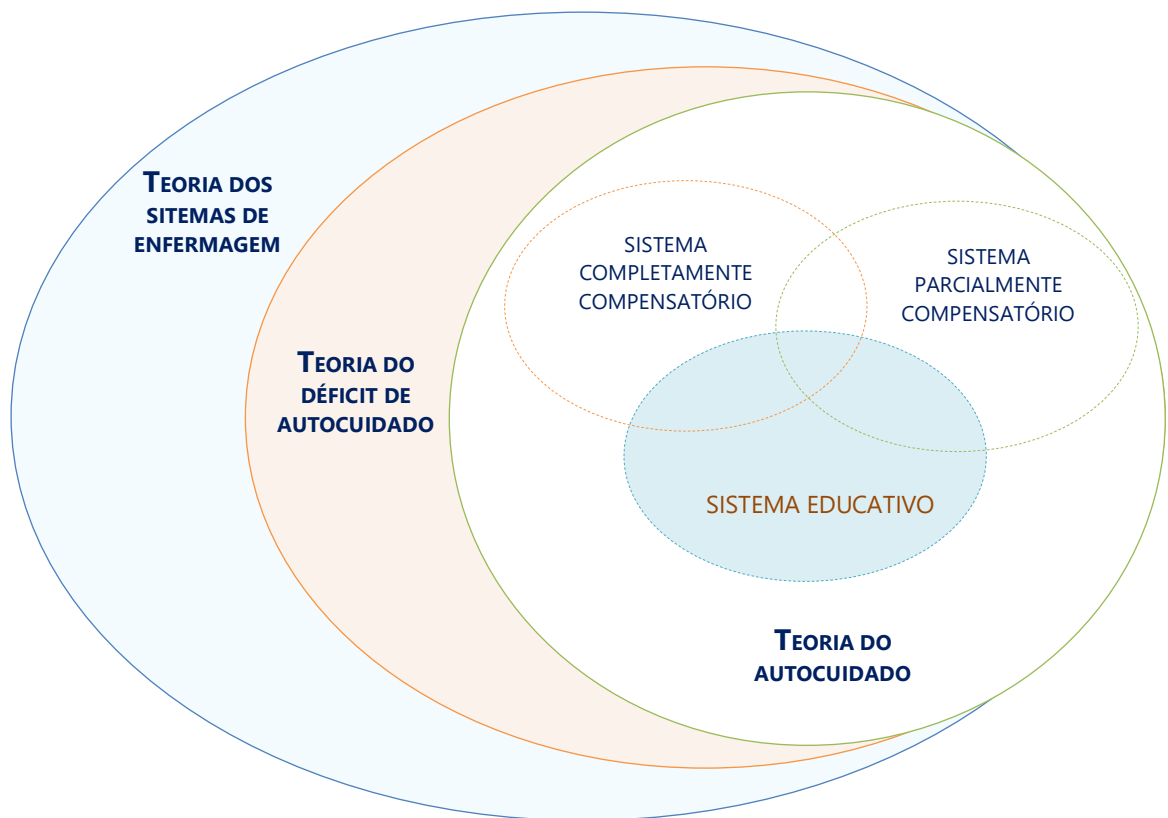


Figura 1. Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem.

Fonte: Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby.

Ainda de acordo com o exposto na Teoria do Autocuidado de Orem (1995), os seres humanos encontram-se em permanente relação e comunicação entre eles e com o meio que integram, de forma a atingirem o bem-estar e/ou a sobrevivência. Esta autora defende ainda cinco métodos que foram integrados na conceção e estruturação da consulta pré-operatória de enfermagem para mulheres com cancro da mama, na relação do cuidar, conjuntamente ou em separado, como sendo: orientar e encaminhar, executar ou agir, dar apoio psicológico e/ou físico e ensinar.

A Teoria do Autocuidado de Orem encontra-se subdividida em outras três teorias inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, que relata o porquê e a forma como o indivíduo cuida de si, a Teoria do Défice de Autocuidado, que identifica as razões pelas quais o indivíduo pode ser ajudado através da enfermagem, e por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que engloba a Teoria do Autocuidado e do Déficit de Cuidado, explicando as relações a serem concebidas e mantidas de forma a “criar” enfermagem.

Neste sentido, e de acordo com Vítor, Lopes & Araújo (2010) verifica-se que ao ser necessário ativar um conjunto de cuidados de enfermagem à pessoa, é produzido um sistema de enfermagem, ou seja, “a enfermagem é o conjunto de ações e interações dos enfermeiros e dos seus pacientes, classificado em totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo” (p.612).

De forma a legitimar a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, é importante entender o autocuidado como um “cuidado pessoal requerido pelos indivíduos quotidianamente para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (Vítor, Lopes & Araújo, 2010, p.612). Assim, é no comprometimento deste equilíbrio regulador da mulher com cancro da mama, que foi pensada uma consulta com foco nas causas dessa alteração e de forma intencional, educar e habilitar a mulher, através do apoio educativo, na capacitação para o autocuidado, conferindo-lhe competências de tomada de decisão e de gestão da sua situação de saúde.

De acordo com a International Council of Nurses (ICN, 2002), a enfermagem abrange o cuidado autónomo e colaborativo de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades e de doentes em todos os contextos. Inclui a promoção da saúde, a prevenção, advocacia, promoção de um ambiente seguro, investigação, participação na formulação de políticas de saúde e na gestão de pacientes e sistemas de saúde e educação, como papel fundamental da enfermagem.

Assim, nos estágios que me propus realizar, procurei desenvolver e/ou adquirir competências que me permitissem prestar cuidados diferenciados e especializados de enfermagem às pessoas afetadas pelo cancro, com autoridade e total responsabilidade. Este

compromisso assenta sobre um conjunto de referenciais teóricos nacionais e internacionais, no que refere à evidência científica, e atende à premissa de que “o ser humano tem habilidades próprias para promover o autocuidado de si mesmo, e que pode beneficiar-se com o cuidado da equipa de enfermagem (...), (Torres, Davim & Nôbrega, (1999, p-49), sendo esta última, a essência da Teoria do Autocuidado de Orem (1995).

A aplicabilidade da Teoria do Autocuidado no contexto real de cuidados, verifica-se na medida em que, o foco do cuidado é a pessoa/mulher com cancro da mama proposta para cirurgia, foi tido em conta o ambiente de cuidados, a sua situação de saúde e foi implementado um conjunto de intervenções especializadas que procuraram minimizar os efeitos de uma cirurgia oncológica, mediante a realização de uma consulta pré-operatória preparada exclusivamente para estas mulheres.

Na sistematização e Operacionalização da Consulta especializada de enfermagem pré-operatória, foi incorporado o Sistema de Enfermagem de apoio-educação de Orem (1995), no sentido em que foram executadas intervenções que proporcionaram à mulher, aprender e desenvolver medidas de autocuidado terapêutico, com a intenção de torná-la capaz para se autocuidar (Torres, Davim & Nôbrega (1999).

A incorporação desta Teoria na criação da consulta, salienta aqui alguns aspetos importantes, nomeadamente a autonomia que confere ao enfermeiro durante todo o sistema apoio-educação e com ela, a responsabilidade ética, deontológica e profissional na assistência em tempo útil (art.º 104), no respeito pela autodeterminação e o direito à informação (art.º 105), tudo isto, num ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades por parte da mulher (art.º 110), (CDE, 2015).

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

A formação de adultos, e em específico dos enfermeiros, integra processos de transformação de conhecimentos, atitudes, valores e experiências individuais variadas, em que o contexto de trabalho é um local privilegiado de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, e onde as experiências significativas e informais também têm um papel fulcral.

Em suma, o cuidar em enfermagem deve reunir/integrar todos estes conceitos, onde a relação entre a competência, o contexto de prática clínica e o ambiente que nos rodeia transforma-se e altera-se permitindo-me mobilizar vários saberes, em prol da qualidade, de uma adequada visibilidade social e de uma prática especializada e de excelência focada na singularidade e na individualização do ato do cuidar.

De acordo com Serrano, Costa & Costa (2011), a forma como se revela a competência do “estar em situação” e do “agir em contexto” passa por uma série de dimensões intrapessoais, como ter consciência de si, do outro, das tarefas, do contexto e domínio das capacidades (p.22).

Moraes (2010) refere que “mesmo o conhecimento teórico que valorizamos tanto é apenas de valor quando é utilizado na solução de problemas, e então as soluções atingidas quase sempre têm implicações para a ação prática em situação de vida real” (p.149).

Neste contexto, o trabalho desenvolvido consistiu na investigação com base num problema identificado em contexto real de cuidados, e posterior implementação de múltiplas estratégias e intervenções eficazes, com vista à sua resolução. De acordo com Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), esta metodologia de projeto, com base na pesquisa, análise e resolução de problemas do contexto real de cuidados, visa a promoção de uma prática de excelência, fundamentada pela evidência científica.

Este projeto resulta da ligação de três pressupostos, como a experiência pessoal, profissional e a reflexão da prática de cuidados sustentada na investigação científica (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A premissa de que os indivíduos podem cuidar de si próprios e obter benefício com o cuidado da equipa de enfermagem, quando apresentam incapacidade de autonomia, é amplamente retratada na Teoria do Autocuidado de Orem. Esta teoria, que incorpora na sua essência outras três, explica por que motivo e como é que as pessoas cuidam de si mesmas, a razão pela qual necessitam de ajuda através da enfermagem, e por último, faz menção às

relações que necessitam de ser criadas e mantidas para se produzir enfermagem (Queirós, Vidinha & Filho, 2014). Assim, e integrando este modelo de prática profissional, é possível obter resultados em saúde (Donabedian, 2005) e favorecer ambientes de cuidados de excelência adaptados às reais necessidades da mulher com cancro da mama, na observação de conceitos fundamentais como: o autocuidado, capacitação e empoderamento no contexto pré-operatório.

Neste capítulo, pretende-se de uma forma clara e objetiva analisar, com base na revisão da literatura efetuada, as atividades desenvolvidas e os principais resultados obtidos, explanar detalhadamente o diagnóstico de situação, os objetivos gerais e o planeamento desenvolvido ao longo dos três estágios, sempre em articulação com a filosofia de cuidados de Dorothea Orem.

2.1 Diagnóstico de Situação

A área cirúrgica, e nomeadamente o pré-operatório é, na minha opinião, manifestamente pouco explorada, e diria até desvalorizada no contexto perioperatório. No entanto, apresenta-se como uma área de intervenção de interesse exponencial, digno de estudo e apreço, uma vez que constitui uma importante ferramenta de trabalho, no que refere à promoção do autocuidado e capacitação da pessoa.

Assim, utilizei as fontes de informação que tinha ao meu dispor para a definição do problema, designadamente de peritos na área, dando luz às suas sugestões e questões levantadas em contexto real da prática de cuidados.

Nesta perspetiva, e com o intuito de confirmar a existência de uma lacuna de cuidados e identificar o problema com necessidade de intervenção, realizei algumas atividades, a destacar:

1. Procurei, através da minha prática profissional em BOC, na área da cirurgia da mama, detetar um indicador de melhoria das boas práticas;
2. Realizei uma reunião com o chefe de serviço e coordenadora da área cirúrgica do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - CHULC, onde apresentei o tema e debatemos ideias acerca do mesmo até encontrarmos o tema geral para a minha intervenção;
3. Questionei, de forma informal, alguns elementos da equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central acerca do foco de cuidados a melhorar, e todos referiram que seria uma mais-valia para o serviço e principalmente para a melhoria dos cuidados prestados a estas mulheres;
4. De modo a recolher mais informações acerca desta temática, reuni-me com a colega de referência da consulta externa de Senologia, que referiu que o apoio dado na consulta externa é francamente insuficiente para as necessidades e para o volume de doentes de cancro da mama, não sendo possível realizar qualquer cuidado de suporte referente à capacitação para o

autocuidado no pré-operatório;

5. Reuni-me com a Diretora Clínica da Unidade da Mama (UM), que manifestou o interesse da UM em integrar na equipa multidisciplinar elementos do Bloco Operatório, por considerar que no que toca a cuidados especializados essa é uma das lacunas desta unidade; referiu ainda que os centros de tratamento especializados de cancro de mama estão associados à diminuição significativa da mortalidade, e que a existência de equipas multidisciplinares faz aumentar a oportunidade de sobrevida e melhora a qualidade de vida.

Neste seguimento, reconheceu-se a existência de lacunas e pontos a melhorar, no cumprimento dos critérios estabelecidos pela EUSOMA, uma vez que existe uma descontinuidade no acompanhamento destas mulheres, e não existem ensinamentos especializados centrados na pessoa, com vista à orientação/capacitação e preparação cirúrgica e/ou à consolidação da informação recebida pela mulher com cancro da mama.

Este projeto de intervenção surge de um desejo pessoal e do próprio interesse das chefias, e pretende incluir o enfermeiro do Bloco Operatório na equipa multidisciplinar da UM. O intuito é dar resposta à filosofia de valores do centro hospitalar, que visa a satisfação do doente cirúrgico relativamente aos cuidados prestados em todas as fases da sua doença, cuidados esses apoiados na prática baseada na evidência (e onde se inclui a mulher com cancro da mama), e assim dotar-se de competências no sentido da certificação hospitalar.

A consulta especializada de enfermagem pré-operatória, reconhecida como uma prioridade do Centro Hospitalar e futuramente extensível a todos os doentes cirúrgicos, é um projeto único e atualmente inexistente para o doente com cirurgia eletiva, sendo amplamente aceite pelo Conselho de Administração (CA) e Conselho de Ética deste hospital (Anexo I). O parecer positivo pelos parceiros de cuidados, nomeadamente a Sra. Enfermeira Supervisora e Coordenadora dos Bloco Operatório e a Diretora da Unidade da Mama (Anexo II), constituíram uma mais-valia no impulsionamento deste projeto no centro hospitalar (CH).

Nesta perspetiva, e após o diagnóstico de situação, realizei uma RSL com a seguinte questão de Investigação: Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a capacitação da mulher com cancro da mama na fase pré-operatória?

A evidência científica permitiu, através dos resultados obtidos, empoderar o papel do enfermeiro de modo a conseguir antecipar cuidados e otimizar resultados em saúde, com o objetivo central da melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente. Assim, esta RSL constituiu um importante contributo para o enquadramento teórico e conceptual deste relatório, bem como à criação de diversos documentos de apoio educativo, e na sistematização e operacionalização da consulta especializada de enfermagem pré-operatória, adaptada ao

contexto real de cuidados.

Decorrente da RSL foi encontrada evidência científica fundamental e a considerar na organização e estruturação da consulta especializada, elementos esses que sustentam os objetivos, atividades e as metas a atingir:

- ✓ Identificar as necessidades da mulher com CM;
- ✓ Apoiar a mulher com cancro da mama/família/pessoa significativa durante o período pré-operatório, ou seja, aquele que antecede a cirurgia, atendendo à sua singularidade, necessidades e expetativas.
- ✓ Proporcionar momentos de aprendizagem e autocuidado (capacitar) à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia oncológica, tendo como base a melhor evidência científica, princípios éticos e conhecimentos técnicos de gestão e liderança elementares para a tomada de decisão acerca dos cuidados de enfermagem a prestar.
- ✓ Identificar os principais contributos da consulta pré-operatória de enfermagem, junto da mulher com cancro da mama e família/pessoa significativa.
- ✓ Analisar o papel e a responsabilidade do enfermeiro EEMC, na vertente oncológica, no âmbito dos cuidados diferenciados em articulação com entidades e serviços prestadores de cuidados.

De forma a delinear o diagnóstico de situação e a orientar este projeto, executei ainda uma análise Swot, de forma a avaliar as condições para o desenvolvimento do mesmo, identificando as variáveis internas, como as forças e as fraquezas e as variáveis externas, como sendo as oportunidades e as ameaças suscetíveis de afetar a sua implementação posterior no serviço, apresentada no Apêndice II e mais à frente em análise.

2.2 Objetivos Gerais

Após a identificação do problema é fundamental a definição de objetivos gerais e específicos, constituindo elementos fulcrais no planeamento e desenvolvimento do projeto (Ferrito, 2010).

Nos dois primeiros estágios optei por eleger um objetivo geral comum, que se mostrou fundamental na aquisição de competências de enfermeira especialista na vertente oncológica, de forma gradual, e assim chegar ao último estágio de forma consistente e preparada para possíveis constrangimentos.

Assim, para os objetivos gerais e seus objetivos específicos, foram identificadas atividades, recursos, indicadores de avaliação, estratégias e a sua duração. Este planeamento

encontra-se esquematizado em tabela no Apêndice III – Descrição de Atividades e Resultados Esperados, atendendo às competências de enfermeiro especialista, às definidas pela EONS e às que conferem o grau de mestre.

As implicações do processo cirúrgico no período perioperatório e as incapacidades imposta pelo mesmo tendem a retardar a recuperação dos doentes, com consequências importantes na qualidade de vida e na capacidade de autocuidado (Araújo, Silva e Ramos, 2016). Quando se verifica um défice de autocuidado surge a necessidade de se intervir de forma total ou parcialmente compensatória ou através de suporte educativo (Orem, 2001), onde as intervenções de enfermeiros especialistas na área da oncologia surgem com grande pertinência e prioridade. Desta forma, os objetivos específicos foram definidos de acordo com o Domínio das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), no que respeita à Responsabilidade Profissional, Ética e Legal, à Melhoria da Qualidade, Gestão dos cuidados e ao Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

Ainda no que se refere às Competências Comuns e Específicas ao Enfermeiro EEMC (OE, 2018), na área de enfermagem em pessoa em Situação Crónica e adaptadas ao projeto que pretendo desenvolver, a especialidade médico-cirúrgica em oncologia proporciona ganhos em saúde, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia.

Como área de intervenção de excelência e referência, o enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica (Decreto-Lei n.º 135/2018, regulamento n.º 429/2018), “cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (art.º. 2º, alínea a); “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (art.º. 2º, alínea b) e “maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com uma prática profissional ética, respeitando os direitos humanos” (art.º. 2º, alínea c).

Sendo um projeto desenvolvido na área cirúrgica foi igualmente tido em conta as competências específicas na área de enfermagem à pessoa em Situação Perioperatória, particularmente na capacitação e na promoção de cuidados da mulher/pessoa significativa, na gestão da experiência cirúrgica, no desenvolvimento de uma intervenção numa perspetiva interprofissional (unidade de competência 1) e ainda na promoção da segurança da mulher e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (unidade de competência 2) (Decreto-Lei n.º 135/2018, anexo IV, p.19366-19368).

Outras competências que pretendo adquirir ao longo deste projeto prendem-se com as

definidas pela EONS (2018), e referem-se às Competências de enfermeiro especialista em oncologia:

- Aplica uma abordagem crítica e científica na tomada de decisões e é responsável pela assistência baseada em evidências e pode assumir a liderança no início de novas pesquisas em enfermagem oncológica.
- Aumenta a segurança do paciente e a qualidade e eficácia da prestação de cuidados e, portanto, é essencial e insubstituível na prestação de serviços de atendimento ao paciente no tratamento “cirúrgico” do cancro.
- É Responsável em todas as configurações de cuidados de cancro para todos os serviços de enfermagem e resultados de pacientes associados fornecidos sob sua direção.

Assim, à luz das competências apresentadas, pretendendo apresentar os objetivos gerais decorrentes do diagnóstico de situação e respetivos objetivos específicos, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem prestados à mulher/família com cancro da mama:

❖ **Objetivo geral 1** – Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgico, vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem à mulher/família com cancro da mama proposta para cirurgia;

Nas duas primeiras instituições, A (Unidade da Mama) e B (Unidade de Diagnóstico e Tratamento Integrado da Mama), de modo a dar resposta ao objetivo geral 1, delineei três objetivos específicos comuns:

- 1.1 – Identificar a dinâmica funcional e organizacional da consulta de enfermagem pré-operatória à mulher/família com cancro da mama;
- 1.2 – Analisar a prática da equipa Multidisciplinar no âmbito da consulta pré-operatória à mulher/família com cancro da mama.
- 1.3 – Promover cuidados de enfermagem especializados integrada na equipa multidisciplinar, no âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama.

❖ **Objetivo geral 2** – Promover a melhoria dos cuidados à mulher/família com cancro da mama proposta para cirurgia, através do planeamento e implementação de uma consulta pré-operatória especializada de enfermagem.

No último local de estágio, integrado na Unidade de Mama do Centro Hospitalar onde exerço funções procurarei dar resposta ao objetivo geral 2, concretizando os seguintes objetivos específicos:

2.1 – Incorporar diretivas e conhecimentos desenvolvidos no planeamento e liderança na consulta pré-operatória de enfermagem, com vista à promoção do autocuidado da mulher com cancro da mama.

2.2 – Promover cuidados de enfermagem especializados à mulher com cancro de mama/família em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem, integrada na equipa multidisciplinar.

A sua análise crítica será apresentada no capítulo três, que retrata a execução de tarefas.

2.3 Planeamento

Na terceira fase da metodologia de projeto é necessário o levantamento dos recursos, estratégias, meios e atividades. Este “esboço” do projeto integra um importante contributo para a concretização do mesmo, uma vez que permite detalhar, sintetizar e estruturar informação ao longo do tempo de estágio (Ferrito, 2010). Esta fase do projeto, aliada à investigação e centrada na resolução de problemas constituiu um recurso dinâmico fundamental na concretização dos objetivos gerais e específicos delineados, atendendo às atividades propostas, através da utilização dos recursos certos no tempo oportuno, e ainda, ir ao encontro dos indicadores de avaliação.

Este percurso ocorreu entre os dias 17 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro 2020, num total de mais de 450 horas, distribuídas por três locais de estágio distintos, obedecendo ao cronograma de atividades apresentado no Apêndice IV.

O Estágio foi dividido em três momentos, conforme se ilustra:

Tabela 1 - Período de estágio em cada Instituição

Local de estágio	Período de estágio	Nº de turnos	Nº de horas
Instituição A	23 setembro a 1 novembro	17	150h
Instituição B	4 novembro a 13 dezembro	17	146,5h
Instituição C	16 dezembro a 7 fevereiro	23	181h
Total	18 semanas de estágio	57	477,5h

Previamente ao início dos estágios foram realizadas entrevistas com as chefes de cada serviço, no sentido de dar a conhecer os objetivos delineados para o projeto a desenvolver. Nos três locais de estágio foi possível contar com o apoio de enfermeiros peritos na área, que

apoiaram e supervisionaram o desenvolvimento de competências na área da consulta pré-operatória a mulheres com cancro da mama.

As duas primeiras instituições foram criteriosamente selecionadas por já possuírem consulta pré-operatória implementada e certificada pela EUSOMA², e serem consideradas centros de referência em termos de diagnóstico, tratamento e investigação em oncologia, com um ambiente físico de cuidados de elevada qualidade, e ainda por possuírem uma equipa multidisciplinar treinada e especializada na assistência à mulher com cancro da mama.

Nestas duas instituições foi possível desenvolver competências de mestre e de enfermeira EEMC na vertente oncológica, no que se refere à realização, operacionalização e sistematização da consulta pré-operatória a mulheres com cancro da mama. A escolha destes dois locais de estágio foi consciente e intencional, o que me proporcionou uma visão no terreno de duas unidades com as características ideais, à luz das recomendações internacionais existentes.

O modelo do autocuidado de Orem, sempre presente e integrado neste projeto, foi utilizado como base à prática clínica de enfermagem e as intervenções baseadas no sistema apoio e educação, de forma a contribuir para o desenvolvimento da capacidade de execução do autocuidado, com melhor conhecimento e maior segurança (Bezerra, Faria, Jesus, Reis, Pinho & Kamada, 2018).

Através da revisão da literatura efetuada, foi-me possível encontrar evidência científica que sustentou a base da minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista, na consulta pré-operatória nas Instituições A e B, e permitiu a sua realização/implementação na instituição C, onde exerço funções, com a finalidade de proporcionar contributos fundamentais para o avanço da prática de enfermagem.

Ainda neste contexto, foi possível criar, complementar e alterar documentos essenciais à consulta especializada de enfermagem pré-operatória. A reflexão crítica sobre a prática, a realização de posters, folhetos informativos/ilustrativos, sessões de Educação para a Saúde e propostas para elaboração de normas e protocolos foram algumas das atividades efetivadas, que visavam sempre o fortalecimento e o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre em Enfermagem.

² Esta certificação, declara que a Unidade de Mama se encontra em conformidade com as diretrizes da *European Society of Breast Cancer Specialists* - EUSOMA, enquanto centro especialista em tratamento do cancro da mama, sendo considerada também, uma das unidades de excelência a nível europeu e mundial.

A análise e reflexão das atividades desenvolvidas e dos resultados alcançados serão apresentados no terceiro capítulo, com base na evidência científica e no referencial teórico de Dorothea Orem.

3. EXECUÇÃO DE ATIVIDADES PLANEADAS

Considerada uma das fases da metodologia de projeto mais trabalhosa, mas também a mais proveitosa, esta fase apresenta-se transformadora, resultado da análise da experiência vivida em contexto real de cuidados (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A autenticidade deste projeto, focando um problema genuíno da prática de cuidados, revestiu-se de inovação e interesse pessoal. A sua complexidade deu lugar à elaboração de tarefas igualmente complexas realizadas de forma faseada e projetadas ao longo de um período definido no tempo, desde a formulação dos objetivos, à apresentação de resultados e posterior avaliação (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

A realização desta fase de metodologia de projeto, baseada na análise crítica das práticas, constituiu um meio através do qual foi possível entender a «formação/especialização» em enfermagem muito além da indispensável capacitação técnica, pois permite ao enfermeiro embarcar numa “aventura criadora”, onde se aprende a (re)construir, observar, constatar, para através destas aprendizagens poder mudar, e até intervir de forma eficaz em situações complexas e desafiantes (reflexão da autora na UC de supervisão clínica).

Para a promoção do autocuidado às mulheres com cancro de mama na consulta de enfermagem pré-operatória, o enfermeiro especialista tem como dever o compromisso ético-legal e profissional de incorporar o ensino/capacitação, o direito ao cuidado (art.º 104, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, (REPE, Decreto-Lei n.º 161/96) e o dever de informação (art.º 105, REPE) nas suas intervenções (Ordem dos Enfermeiros, REPE, 1996).

De acordo com o já referido, no diagnóstico de situação e no planeamento efetuado foram escolhidos dois objetivos gerais, sendo que o primeiro refere-se aos estágios realizados nas unidades A e B, e o segundo, direciona-se para o estágio realizado na unidade C, local onde exerço funções e onde foi detetado o problema.

Deste modo, apresenta-se o objetivo geral, os objetivos específicos e a sua respetiva análise e reflexão, procurando relacionar as atividades planeadas desenvolvidas e os resultados obtidos.

3.1 Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgico, na vertente oncológica, a nível técnico-científico e relacional, no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia

O cancro da mama constitui um dos diagnósticos mais temidos entre as mulheres, quer pela sua incidência, mortalidade, alterações psicológicas, familiares, da imagem corporal e/ou autoestima, quer pelas alterações na sexualidade (Abrão, Besson, Buetto, Sonobe e Lenza, 2011). Muito além do impacto que o diagnóstico de cancro de mama poderá ter nas alterações psicológicas destas mulheres, a falta de informação pode aumentar sentimentos de insegurança, medo e incerteza quanto ao futuro, pelo desconhecimento do tipo de apoios, tratamentos, reabilitação e prognóstico de sobrevivência (Lopes et al., 2018). Assim, cabe ao enfermeiro através da melhor evidência científica disponível, identificar as principais necessidades destas mulheres, e elaborar estratégias de cuidados de suporte no que refere à prevenção e manutenção do impacto e efeitos do cancro da mama, gerindo não só sintomas físicos, mas também psicológicos.

Este objetivo geral foi pensado com foco na aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e de relação, já abordadas, em ligação permanente com conhecimento teórico adquirido e evidência científica encontrada, no sentido de extrair o máximo de contributos na área da consulta pré-operatória, na partilha de experiências com peritos e no contacto direto com a mulher com CM e sua família, no que à sua capacitação se refere, e assim promover a melhoria dos cuidados, que se pretendem singulares e dirigidos.

3.1.1 Identificar a dinâmica funcional e organizacional da consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama

De forma a dar continuidade à metodologia de projeto foram elaboradas algumas atividades para dar cumprimento dos objetivos específicos inicialmente propostos. Compreender como funciona uma consulta especializada de enfermagem pré-operatória já implementada e com vários anos de funcionamento e dedicação ao apoio educativo e capacitação da mulher com cancro da mama, passou naturalmente pela integração no seio da equipa e pela apresentação do projeto à mesma, de forma que as oportunidades de aprendizagem fossem ampliadas e direcionadas ao objetivo geral proposto.

As sessões de formação Apêndice V com a apresentação do projeto e principais

resultados, no que refere à evidência científica, foram apresentadas nos dois locais de estágio, sendo que estiveram presentes a chefe, as enfermeiras orientadoras do ensino clínico e da escola e alguns colegas da unidade. Foram ainda realizadas entrevistas às enfermeiras chefes, através de um guião elaborado para o efeito (Apêndice VI), de forma a colmatar dúvidas e questões resultantes da consulta de documentos institucionais, como o guia de integração, manuais de normas e procedimentos do serviço e da observação da prática. Participei nas reuniões multidisciplinares e na formação promovida pelas instituições sempre que possível, uma vez que estava dependente dos dias disponíveis para o estágio em cada semana, previamente acordados com a instituição e o meu local de trabalho.

Foi igualmente realizada uma visita guiada pelo serviço, dirigida pelas enfermeiras orientadoras do ensino clínico, de forma a visualizar o circuito da mulher/família com cancro da mama na unidade e inserida no contexto hospitalar. De acordo com o cronograma, foi preconizado tempo para a observação do funcionamento do serviço e da dinâmica de trabalho no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar, bem como a sua articulação.

No âmbito da consulta, a identificação dos recursos humanos, físicos e materiais do serviço a serem mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da consulta, foi sem dúvida fundamental para, em contexto profissional, poder adequar e adaptar essa realidade às características do hospital onde trabalho. A perceção do espaço físico, equipa, número de consultas por dia e ao ano, caracterização sociodemográfica da população, elementos da equipa, oferta de cuidados disponíveis, apoios e recursos (entre outros), são aspetos a ter em conta na sistematização e operacionalização da consulta especializada de enfermagem pré-operatória.

Durante os estágios recorreu-se com frequência à pesquisa bibliográfica e leitura crítica de documentos sobre indicadores de qualidade e organização da consulta de enfermagem pré-operatória.

Na instituição A, de forma a dar corpo às atividades propostas, foi realizada uma Análise Crítica e Reflexiva das Práticas com o tema “Estrutura Organizacional e Funcional de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem” (Apêndice VII), onde efetuei a caracterização da Unidade da mama da Instituição A, abordei as principais intervenções de enfermagem, as principais recomendações internacionais para unidades especializadas em cancro de mama, e por fim realizei uma análise das práticas em contexto clínico. Foram ainda iniciadas, uma checklist de intervenções de enfermagem a ter em conta na consulta, e a elaboração de um fluxograma, dos quais se apresentam apenas os últimos documentos, concluídos no decorrer do terceiro estágio.

Na instituição B realizei uma reflexão intitulada “Consulta Pré-Operatória de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama: Aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem” (Apêndice VIII), como resposta à importância atribuída às atividades de autocuidado e, no sentido da fundamentação teórica da intervenção de enfermagem no âmbito da consulta pré-operatória, no que refere à promoção do autocuidado da mulher com cancro da mama proposta para cirurgia e que procurava dar resposta à filosofia de cuidados na qual se baseou todo este projeto.

Durante o estágio B, e na sequência da partilha e debate de ideias com a enfermeira orientadora, foi notório o nosso interesse comum pela avaliação dos resultados em saúde da consulta de enfermagem pré-operatória. Neste âmbito, a senhora enfermeira lançou-me o desafio de criar um Questionário de Educação para a Saúde (Apêndice IX) que quantificasse a intervenção de enfermagem junto destas mulheres, e avaliasse a sua perceção quanto à situação de saúde, acolhimento, apoios educativos, prevenção de complicações e satisfação nos cuidados prestados.

Depois de concluído, o questionário foi entregue à enfermeira orientadora que iria apresentá-lo em reunião de equipa e, posteriormente, enviá-lo para aprovação na Comissão de Ética e Investigação, obedecendo aos critérios específicos dessa Instituição. Fui informada à posteriori pela Sr.^a enfermeira chefe do serviço, que o documento estava a ser analisado e colocado para aprovação, de forma a ser brevemente aplicado. Mais tarde foi alterado e adaptado à realidade e necessidades de avaliação no último local estágio, apresentado em maior detalhe mais à frente.

Com o apoio da enfermeira orientadora da escola, sempre encarei este questionário como parte integrante da consulta de enfermagem pré-operatória no último estágio. Estabeleci, desde então, diversos contactos com o Centro de Investigação do CH, onde me reuni pessoalmente com a doutora responsável pela orientação e apresentação dos projetos de investigação ao Conselho de Administração (CA) e Conselho de Ética, e assim iniciei este processo algo burocrático, mas deveras compensador, pois no final todo este projeto foi aprovado (Anexo III).

De uma forma geral, este questionário representa algo que já se idealizava há algum tempo, pois consegue expor e valorizar a importância da consulta no acompanhamento destas mulheres/famílias, ao mesmo tempo que contribui para a identificação de outras necessidades em contexto pré-operatório com potencial de melhoria da intervenção em enfermagem. Estas necessidades com potencial de melhoria, delineadas com base nos PQCE (OE, 2001), destacam aspetos dos enunciados descritivos desse documento, através de questões fechadas relacionadas com a situação de saúde, acolhimento, ensinos pré-operatórios, prevenção de

complicações, ensinamentos pós-operatórios e satisfação no atendimento, procurando uma abordagem global, holística na intervenção de enfermagem à mulher com CM e não exclusivamente com foco no ato/experiência cirúrgica.

Na análise relativa ao estágio na Instituição C serão abordados, com maior profundidade, os resultados deste questionário (aplicados a 19 mulheres com cancro da mama no pós-operatório).

3.1.2 Analisar a prática da equipa multidisciplinar no âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama

A observação da realização da consulta especializada pelos enfermeiros do serviço mostrou-se fundamental na consolidação da teoria com a prática, fornecendo-me estratégias de trabalho e comunicação, aplicadas gradualmente durante a prestação direta de cuidados. Durante o estágio, e no sentido de adquirir um conhecimento mais amplo acerca das mulheres com CM, realizei um estudo de caso, cujo resultado mostrou benefícios evidentes no desenvolvimento de competências no contexto de consulta pré-operatória a estas mulheres, com reflexo muito positivo ao nível da minha prestação, perante a perceção das necessidades de autocuidado da mulher/família com cancro da mama, comprovado no Apêndice X.

Em consonância com a RSL efetuada, a observação da prática revelou-se preponderante como recurso à elaboração de uma checklist de intervenções de enfermagem referente à informação pré-operatória a transmitir na consulta de enfermagem (Apêndice XI). Esta checklist, também associada ao Fluxograma de Intervenção (Apêndice XII), ainda que de uma forma mais sistematizada, permite ao enfermeiro abordar todos os temas pertinentes sem que nenhum fique esquecido, uniformizando cuidados, proporcionando espaço para dúvidas e fornecendo apoio educativo e emocional.

Durante a participação nas reuniões multidisciplinares pude aperceber-me das inúmeras recomendações internacionais e nacionais seguidas, em alinhamento com a relação custo/benefício e o direito à tomada de decisão por parte da mulher. A oferta de cuidados, muito diferente da existente na minha realidade profissional, proporciona àquelas mulheres e às suas famílias condições e possibilidades, nem sempre acessíveis a toda a população. Com esta visão veio o entendimento de que apesar dos poucos recursos financeiros e humanos existentes no centro hospitalar onde exerço funções, ainda era possível fazer mais e melhor, de forma a minimizar o custo emocional e o desgaste que a doença oncológica faz emergir de forma tão evidente.

3.1.3 Promover cuidados de enfermagem especializados, integrada na equipa multidisciplinar no âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama.

Procurando dar cumprimento a este objetivo específico, desenvolvi atividades no sentido de colaborar nos cuidados prestados à mulher/família com cancro da mama e ainda a demonstrar de conhecimentos técnico-científicos e relacionais na consulta de enfermagem pré-operatória à mulher/família com cancro da mama. Para o cumprimento deste objetivo foi fundamental o domínio do funcionamento e organização das unidades, nomeadamente dos horários instituídos, das normas, dos procedimentos e protocolos do serviço e dos aspetos especificamente ligados à consulta.

Nesta fase foi-me permitida a realização, em cada instituição, de uma consulta pré-operatória de forma autónoma com a colaboração das respetivas enfermeiras orientadoras. Na consulta incorporei saberes, fruto do conhecimento baseado na evidência e do desenvolvimento progressivo de competências nesta área. Neste sentido, abordei com facilidade todos os itens da checklist existente nos serviços em questão, facilitando um ambiente seguro, a capacitação a mulher/família e promovendo a qualidade dos cuidados com responsabilidade profissional, ética e legal, na satisfação das principais necessidades/problemas das mulheres/família com cancro da mama.

Ainda neste âmbito, e porque o conhecimento deve gerar ação, foi e continua a ser fundamental a disseminação e visibilidade das intervenções no que concerne à consulta pré-operatória, de forma a promover a continuidade e o sucesso destes programas, mas sobretudo a satisfação dos utentes/famílias com cancro da mama. Assim, de modo a enriquecer o meu estágio e a disseminar o conhecimento já adquirido, participei no 1º Congresso Nacional de Literacia em Saúde (Anexo IV), nas 1ªs Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde, da ESEL, com apresentação e defesa de um póster intitulado “Consulta Pré-Operatória de Enfermagem em Mulheres com Cancro da Mama” (Apêndice XIII) e por fim, numa formação com o tema “Cuidados de Enfermagem ao Doente Oncológico” (Anexo V).

Na sequência do apresentado para a Instituição A e B, será igualmente, apresentado para a Instituição C, estágio final no meu local de trabalho, o objetivo geral delineado e a respetiva análise, incorporando os objetivos específicos, principais atividades e estratégias concretizadas.

3.2 Promover a melhoria dos cuidados à mulher/família com cancro da mama proposta para cirurgia, através do planeamento e implementação de uma consulta pré-operatória especializada de enfermagem.

Dando resposta aos PQCE da OE (2001) foi possível sistematizar e operacionalizar uma consulta de enfermagem, numa perspetiva de organização dos cuidados de enfermagem, e na procura permanente da excelência no exercício profissional, quer seja, na deteção precoce, estabilização, monitorização, prevenção de complicações e eventos adversos e na promoção da saúde face à experiência cirúrgica (OE, 2017).

Da mesma forma, para alcançar este objetivo, importa ainda, demonstrar o valor da Teoria do Autocuidado (Orem, 1995), destacando a afinidade natural da intervenção do enfermeiro com a mesma, sendo que o foco principal de ambos, visa (na consulta pré-operatória) a recuperação do autocuidado na mulher, mediante a oferta de cuidados dirigidos às suas necessidades psicossociais e educativas, incluindo para isso estratégias para o autoconhecimento e autocontrolo na participação ativa no que refere à tomada de decisão livre e esclarecida no que diz respeito ao cuidar e decidir por si (Vítor, Lopes & Araújo, 2010).

A Teoria do Autocuidado de Orem é, portanto, adequada neste contexto específico da intervenção especializada, uma vez que a própria evidência confirma a necessidade de cuidados de suporte à mulher com cancro da mama, perante o “desvio de saúde” que apresenta (Orem, 2001), realçando a inclusão destes cuidados, como uma estratégia de melhoria, através da introdução de ações educativas, adaptadas e únicas, no período pré-operatório no sentido de capacitar a mulher com CM como agente de autocuidado.

Os princípios gerais do CDE (2015), nomeadamente a competência e o aperfeiçoamento profissional, bem como a tomada de decisão orienta o exercício profissional autónomo, implicando uma abordagem sistémica e sistemática na identificação das necessidades de cuidados de enfermagem da mulher/família com cancro da mama. Nesta fase de implementação das intervenções foram incorporados resultados da investigação na prática de cuidados, de forma a responder à questão de investigação e direcionar para uma prática de elevada qualidade, conforme comprovado através da consulta dos diferentes apêndices apresentados ao longo deste capítulo.

Assim, de forma a atingir o objetivo geral inicialmente proposto, foram criados dois objetivos específicos, atividades e respetivos indicadores de avaliação, bem como os recursos necessários à implementação dos mesmos e a sua duração, que passo a analisar.

3.2.1 Incorporar diretivas e conhecimentos desenvolvidos no planeamento e liderança na consulta pré-operatória de enfermagem, com vista à promoção do autocuidado da mulher com cancro da mama.

Virtualmente este objetivo, quando o formulei, parecia inatingível! Apenas com muito esforço e dedicação foi possível alcançá-lo, tendo em conta as dificuldades e constrangimentos institucionais que eu já antecipava ter pela frente. Graças à inclusão de medidas e estratégias desenvolvidas nos estágios anteriores, e da boa relação estabelecida no seio da equipa multidisciplinar da UM, consegui ser o elo entre o bloco operatório, a consulta externa e serviço de internamento da cirurgia geral, e assim realizar a consulta especializada de enfermagem pré-operatória a mulheres com CM no espaço físico da consulta externa, inserida na equipa da UM.

A consulta de enfermagem é definida em Diário da República (DR, 2014) como sendo uma intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado (p.598).

Esta consulta, para além de constituir um agradável e importante desafio no sentido de minimizar o sofrimento, desamparo e a descontinuidade do acompanhamento à mulher com cancro da mama, tal como fundamentado anteriormente, pretende orientar, capacitar para o autocuidado e potenciar a sua reabilitação.

Neste último estágio, utilizando os conhecimentos anteriormente desenvolvidos e as estratégias delineadas, construí uma consulta especializada de enfermagem pré-operatória de raiz para mulheres com cancro de mama, adequada ao contexto de trabalho do centro hospitalar onde exerço funções, sendo que, durante o período de estágio correspondente, organizei, agendei e realizei 30 consultas de enfermagem a mulheres/famílias com CM, integrada na equipa multidisciplinar, ao longo de cerca de seis semanas de estágio. Neste contexto, foi elaborado uma base de dados que me permitisse recolher dados sociodemográficos (entre outros) durante a consulta pré-operatória, importantes para a caracterização da população alvo. Esta caracterização encontra-se documentada no Apêndice XIV, através de uma breve análise e da apresentação dos respetivos gráficos e tabelas que constituíram a amostra em estudo, e que refletem um pouco da realidade da população da área de influência do centro hospitalar.

No planeamento do estágio final foram realizadas reuniões informais com a coordenadora da unidade da mama e com a colega responsável da consulta externa de Senologia. Primeiro, com a finalidade de assegurar o interesse e expectativa que envolvia esta temática, e segundo, para “abrir portas” no sentido de ser possível encontrar um gabinete/espço

adequado à realização da consulta.

Fruto de um trabalho de liderança persistente e contínuo iniciado muito antes da data oficial do estágio, conseguiu-se o envolvimento da equipa do bloco operatório e da restante equipa multidisciplinar implicada na prestação de cuidados a estas mulheres, aspeto este que se mostrou fundamental para o sucesso e implementação desta consulta. Devido à adesão e interesse demonstrado por toda a equipa, foram realizadas duas sessões em locais diferentes, estando prevista inicialmente apenas uma sessão, dentro do centro hospitalar (Apêndice XV). A primeira, realizada na sala de reuniões do serviço de cirurgia geral, visava alcançar as colegas da consulta externa de Senologia, da enfermaria, administrativa da unidade, cirurgiões da unidade da mama e a coordenadora da unidade. A segunda sessão, mais dirigida aos colegas do bloco operatório, anestesistas e coordenadora da área cirúrgica, foi realizada na sala de reuniões do bloco operatório. Nelas estiveram presentes a chefe de serviço, as enfermeiras orientadoras do ensino clínico e da escola.

A integração na equipa multidisciplinar no âmbito dos cuidados prestados à mulher/família com cancro da mama mostrou-se facilitadora em todo o processo de operacionalização e sistematização da consulta. A coordenação e a comunicação no seio da equipa multidisciplinar foram uma realidade e proporcionaram espaço para a implementação da consulta em articulação e sintonia com as recomendações internacionais e nacionais preconizadas para unidades de mama. A UM atende em consulta de cirurgia uma média de 20 casos (de primeira vez) por semana, fora as consultas subseqüentes, o que representa um volume total de cerca de 1000 mulheres intervencionadas cirurgicamente, sendo que em 2019 perto de 800 mulheres foram operadas em cirurgia eletiva, e outras 200 em cirurgia de ambulatório³.

Apesar dos desafios que o centro hospitalar ainda tem pela frente, no que refere à certificação pela EUSOMA, foram inesperadamente ultrapassados constrangimentos e dificuldades inicialmente apontadas como pontos fracos na análise Swot, mais à frente avaliados.

As estratégias delineadas com a coordenadora da UM, produto dessas reuniões informais validadas pelas enfermeiras orientadoras do local de estágio e da escola, foram constituindo a metodologia posteriormente utilizada para o agendamento e marcação da consulta, elementos documentados no Apêndice XVI, no Algoritmo da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória.

O apoio da secretária da UM, sempre atenta a informar-me através do mail institucional

³ Dados fornecidos pela administrativa do BOC, "Distribuição das intervenções cirúrgicas por especialidades, urgentes/programadas e outras, no período de 01/01/2019 a 31/12/2019.

acerca da admissão e da alta das mulheres, proporcionou a realização de 19 questionários de Educação para a Saúde (Apêndice XVII), cujos principais resultados, apresentados na Tabela 2, mostram-se benéficos para a melhoria dos cuidados prestados ao nível da consulta, e a partir dos quais se inferiram algumas ideias. Este questionário (previamente codificado, de forma a permitir a continuidade dos cuidados) foi desenhado e aplicado na manhã seguinte à cirurgia, antes da alta hospitalar, no sentido de colher dados relativos à perceção da mulher/família face à situação de saúde, acolhimento, apoio educativo no pré e no pós-operatório, prevenção de complicações e satisfação no atendimento.

A criação de um instrumento que quantificasse e avaliasse a consulta, inicialmente não previsto no projeto, permite que futuramente se possam desenvolver práticas de maior qualidade na garantia de um ambiente terapêutico seguro. No questionário desenvolvido, foram realizadas questões fechadas, decorrentes do apoio psicossocial e educativo realizado na consulta e que pretende, por um lado ser um documento de Educação para a Saúde, uma vez que a mulher, regista e apercebe-se do que sabe, do que aprendeu ou ainda precisa de ajuda, facilitando o processo de autocuidado e por outro lado, permite avaliar a eficácia da consulta em si, no que refere aos ensinamentos e preparação pré-operatória. Este documento tem uma base científica, copiosamente documentada na RSL e ainda, assenta em conceitos teóricos relativos ao autocuidado (Orem, 1995), uma vez que na consulta, a mulher é vista como “participante nas questões da promoção da saúde” (Diógenes & Pagliuca, 2003, p.291), para as quais recebe orientações de forma a tornar-se autónoma. No universo de 19 mulheres que responderam a este questionário, entre 2 e 3 mulheres, nas dimensões abaixo assinaladas, assinalam como tendo ainda dúvidas ou necessidade de melhor esclarecimento. Esta situação pode ser justificada pela idade, uma vez que a maioria das mulheres tem uma idade superior a 65 anos e cerca de 40% da população tem o ensino primário incompleto ou completo, o que pode dificultar no preenchimento do questionário (apesar do mesmo ser apresentado e explicado à mulher). Por outro lado, o questionário era preenchido de manhã, quando muitas das mulheres ainda não tinham acesso a toda a documentação da alta, enviesando os resultados obtidos. Neste sentido, considera-se que, ou o questionário tem de ser reformulado ou o momento de preenchimento do mesmo tem de ser alterado, por exemplo, simultaneamente com os documentos da alta. Por fim, numa perspetiva da continuidade e da qualidade dos cuidados, importa saber se o reforço dos ensinamentos no perioperatório e no pós-operatório imediato e mediato altera estes resultados, podendo ser um trabalho a desenvolver futuramente.

Assim, apenas são apresentadas as respostas que não foram 100% positivas, e que descrevem as principais dimensões a melhorar no âmbito da consulta de enfermagem pré-

operatória aquando da sua implementação, às quais as mulheres responderam que não/não sei/não consigo ou, preciso de mais ensinamentos:

Tabela 2- Principais Resultados do Questionário de Educação para a Saúde

DIMENSÃO: SITUAÇÃO DE SAÚDE		
QUESTÃO	RESPOSTA	ANÁLISE
Conheço as possíveis complicações	84%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 6% das mulheres referem ainda ter dúvidas quanto às possíveis complicações, aspeto a melhorar.
Conheço os principais sinais de alerta	89%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 11%, refere ainda ter dúvidas quanto aos sinais de alerta
Recebi o n.º da UM para esclarecer as minhas dúvidas	95%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apesar do n.º da consulta externa de Senologia (disponível até às 20h) e o n.º da Cirurgia Geral/internamento (disponível depois das 20h) ter sido fornecido na CE Pré-Operatória, parece haver dúvidas de que a UM integra esses serviços. 5% refere não ter recebido qualquer n.º de telefone. ➤ A UM não tem um espaço físico único, encontrando-se dispersa pelo CH.
Foi-me fornecida informação escrita	89%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Apesar da quantidade de informação escrita fornecida, 1 mulher precisava de mais e outra refere não ter recebido nada. ➤ Talvez a informação já existente e em vigor no CH possa ser revista, criando-se uma espécie de livro adaptado a cada situação cirúrgica de apoio educativo, que reúna informação disponível e atual.
DIMENSÃO: ENSINOS PRÉ-OPERATÓRIOS		
QUESTÃO	RESPOSTA	ANÁLISE
Fui informada acerca da medicação que posso tomar e trazer para o hospital	95%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ainda que a questão seja abordada na consulta e realizados ensinamentos, a informação de parar medicação ou de continuar é deixada à responsabilidade da anestesia.
Sei o tamanho do penso	89%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aspeto a melhorar na consulta, talvez através da apresentação de imagens.
Conheço a localização dos drenos	94%	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na consulta é mostrado o dreno e no powerpoint o local do mesmo. Ainda assim 1 mulher referiu não saber.

(Continuação do Quadro 2.) Principais Resultados do Questionário de Educação para a Saúde

DIMENSÃO: PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES		
QUESTÃO	RESPOSTA	ANÁLISE
Sei que vou ter consulta de anestesia	89%	➤ Apesar da explicação do questionário é provável que este item crie confusão, pois pode levar a mulher a pensar que depois da alta terá outra consulta de anestesia e enviar as respostas.
Sei quanto tempo vou estar no bloco, no recobro e quarto	95%	➤ Apesar de existir essa referência na consulta, ainda houve uma mulher a referir que necessitava de mais informação. Esta informação não é escrita e poderá vir a ser incluída no folheto informativo.
Porque fiz esvaziamento axilar: ensinaram-me acerca da restrição do membro para procedimentos invasivos e/ou outros	92%	➤ Mais uma vez, reforça-se a ideia de reformulação do panfleto do CH já existente e com informação nesta área.
DIMENSÃO: ENSINOS PÓS-OPERATÓRIOS		
QUESTÃO	RESPOSTA	ANÁLISE
Foi-me explicado os cuidados a ter com os drenos e com a integridade dos pensos	94%	➤ Apesar da informação escrita e visual fornecida, a mesma ainda pode ser melhorada.
Foi-me explicado acerca do soutien e roupa adequada a usar	94%	➤ Algumas mulheres ainda têm dúvidas quanto à roupa adequada e tipo de soutien
Fui alertada para os principais sinais de alerta e infeção da ferida cirúrgica	89%	➤ Aqui fica demonstrado a importância do trabalho contínuo no seio da equipa e do envolvimento de todos no reforço dos ensinamentos a estas mulheres.
Sinto-me capaz de regressar a casa após a cirurgia	84%	
Sei a data de regresso à UM para vigilância do penso	84%	➤ Três mulheres no momento em realizaram o questionário ainda não tinham a documentação da alta e por isso não sabiam quando regressar à UM.
DIMENSÃO: SATISFAÇÃO NO ATENDIMENTO		
QUESTÃO	RESPOSTA	ANÁLISE
Possuo o contacto telemóvel/mail, para expor as minhas preocupações	95%	➤ Pode ser reformulada, colocando-se contacto telefónico do serviço de internamento e da consulta externa de senologia.

A demonstração de competências no planeamento e implementação da consulta pré-operatória de enfermagem a mulheres/família com cancro da mama propostas para cirurgia, foi

comprovada pela satisfação dos diferentes indicadores de avaliação apresentados e ainda mediante a criação de documentos de apoio utilizados no momento da consulta. Um dos documentos de apoio educativo fundamentais à sistematização e operacionalização desta consulta especializada corresponde ao Guia da Consulta de Enfermagem Pré-operatória a Mulheres com CM (Apêndice XVIII) e ao fluxograma de Intervenção (Apêndice XII), que permitiram uniformizar cuidados e estruturar a mesma. O fluxograma de circuito do doente através dos Critérios de Referênciação à Consulta de Senologia (Apêndice XIX), onde se identifica o percurso da mulher desde que chega ao CH, consulta de Senologia e até à cirurgia da mama, constituiu igualmente um passo importante para sistematização desta consulta.

Nesta perspetiva foram criados ainda cinco powerpoint educativos a serem apresentados durante a consulta de acordo com a situação e a necessidade de informação e ensino adaptados a cada mulher, bem documentados em apêndice no Guia da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória).

3.2.2 Promover cuidados de enfermagem especializados à mulher com cancro de mama/família em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem, integrada na equipa multidisciplinar.

Os documentos criados e adaptados ao ambiente de cuidados são o resultado da RSL e da experiência profissional, em que se procurou aliar a evidência à prática clínica, permitindo a realização e implementação da consulta especializada de enfermagem pré-operatória a mulheres com CM.

No espaço físico da consulta externa, junto ao gabinete de Senologia de enfermagem, consulta de cirurgia e de anestesia, foi-me possível ter um gabinete para atender estas mulheres e capacitá-las para o período perioperatório. A consulta foi de grande impacto no seio da equipa, mas principalmente com resultados muito positivos para a mulher, nomeadamente na diminuição de complicações, da ansiedade face ao desconhecido e na promoção de ensino e preparação para a cirurgia, revelado nos resultados do questionário de educação para a saúde atrás apresentados. De relevo, há a salientar que, na dimensão «educação para a saúde», 100% das mulheres conhecem o motivo da cirurgia, o motivo dos exames, foi-lhes explicada a cirurgia e os exames a realizar, bem como o percurso até ao dia da cirurgia e entregue documentação escrita. Na dimensão, «acolhimento» 100% sabe o nome da enfermeira que a acolheu na consulta. No que refere à dimensão «ensinos pré-operatórios», obtive 100% das respostas positivas para as questões: fui alertada para o jejum antes da cirurgia e para o jejum antes dos exames, sei que

não devo trazer adornos, fios, brincos, piercings; evitar verniz nas unhas, aplicar cremes, perfumes ou desodorizantes na pele; fui informada acerca daquilo que posso/devo levar para o internamento; sei qual o vestuário que devo levar para o internamento; foi-me realizado ensino acerca dos cuidados após esvaziamento axilar e por fim, explicaram-me o percurso no acolhimento/ bloco operatório e sinto-me preparada para a cirurgia. Na dimensão referente à «prevenção de complicações», as seguintes respostas refletem de forma positiva (com 100%) os ensinamentos e orientações efetuados na consulta: sei que devo assinar o consentimento informado para a cirurgia; foram confirmados os seguintes dados (nome, idade, contacto de Familiar/amigo que me acompanha); fiz análises/exames pré-operatórios; todos os meus exames e análises estavam disponíveis, sei a previsão do dia/ hora da cirurgia e por fim, conheço a previsão do dia da alta e explicaram-me que vou ter consulta pós-operatória e continuar a ser acompanhada pela equipa da UM. Na dimensão «ensinos pós-operatórios», 100% das mulheres referem ter sido visitadas pela enfermeira da UM no quarto (reforço de ensinamentos/apoio) e porque fez biópsia do gânglio sentinela, explicaram acerca da alteração da coloração da urina e fezes. No caso das mulheres com necessidade de linfadenectomia axilar, 100% das mulheres compreenderam os ensinamentos realizados quanto à restrição na mobilização do membro superior do lado operado, para proteger-se nas atividades de vida diária e na restrição para a condução. Por fim, na última dimensão avaliada «satisfação no atendimento», foi muito positivo verificar que 100% das mulheres assinalaram que: gostei da forma como me acolheram; o momento da consulta foi oportuno; o tempo dispensado foi suficiente; os ensinamentos e explicações efetuadas foram importantes e ajudaram-me; a documentação escrita complementa bem toda a informação oral recebida; senti-me apoiada e esclarecida e senti-me mais segura e confiante face à cirurgia e à alta.

Neste contexto verifica-se o cuidado demonstrado no apoio educativo sistematizado e dirigido ao cuidar a mulher com cancro da mama/pessoa significativa, como um todo. O cuidado centrado na pessoa, uma vez mais aplicado neste contexto de cuidados refletem acima de tudo uma postura, um saber estar e não apenas e só um procedimento. Este CCP implica entender a mulher como alguém que tem o seu papel na sociedade e que decorrente da sua experiência de vida, desenvolveu crenças, atitudes, expectativas e necessidades biopsicossociais, culturais e religiosas/espirituais muito próprias e que seguramente influenciam a sua resposta perante a experiência cirúrgica oncológica, a doença em si e a eventual incapacidade e perda de autonomia (McCormac & McCance, 2006, 2010).

Enquanto elemento da equipa da cirurgia da mama, pedi ao chefe do serviço para estar sempre presente na sala operatória e assim, à chegada ao bloco, podia acolher estas mulheres

transmitir-lhes uma sensação de segurança e tranquilidade, pois reconheciam a enfermeira que tinha falado com elas na consulta.

A importância do desenvolvimento de competências no âmbito da entrevista estruturada, na relação e na comunicação, nos primeiros semestres do curso, permitiu-me detetar e avaliar as necessidades de aprendizagem por parte da mulher e sua família/pessoa significativa, bem como a sua predisposição para aprender e conhecer mais sobre a sua situação de saúde. Adequar os ensinamentos para melhor capacitar a mulher face a possíveis complicações, drenos e localização, principais cuidados, e contextualizar os sentimentos, expectativas, angústias e anseios, de forma a prestar apoio psicológico, realçando o bem-estar físico, foram igualmente intervenções especializadas de enfermagem utilizadas. A referenciação de algumas mulheres (realizada no imediato através de mail institucional), atendendo às suas necessidades psicossociais, foram uma realidade no seio da equipa multidisciplinar, como documentado na análise dos dados colhidos na consulta (Apêndice XIV).

Para Cardoso (2017) o enfermeiro, para além de constituir a ligação entre o doente e a equipa multidisciplinar onde se insere, na consulta de enfermagem, com a mulher com cancro da mama, deve centrar os cuidados nos seus problemas e necessidades, mostrar disponibilidade para escutar, informar sobre a doença e os tratamentos, fornecer apoio emocional, apoiando-se numa comunicação eficaz baseada na empatia e escuta ativa, na exploração dos problemas e na validação dos seus sentimentos e emoções. Nesta consulta, deve ainda ser realizada uma correta avaliação, aconselhamento ou referenciação para o médico assistente, psicólogo, dietista, assistente social, fisioterapeuta ou outro elemento da equipa multidisciplinar, de acordo com as necessidades de cuidados apresentados pela mulher com CM (p.83).

A organização que efetivei no sentido de abarcar as diversas valências no atendimento a estas mulheres mostrou-se eficaz, assim como o cronograma efetuado e a escolha dos dias de estágio meticulosamente delineados para esse efeito. Como já apresentado no algoritmo da consulta de enfermagem pré-operatória (Apêndice XVI), de acordo com a disponibilidade de acesso ao gabinete e o meu horário, procurei efetuar consultas de modo a conseguir estar na sala operatória às segundas-feiras à tarde, às quartas-feiras (ou de manhã ou de tarde) e assistir às reuniões multidisciplinares às quintas-feiras de manhã. A marcação das consultas obedecia à LIC – Lista de Inscritos para Cirurgia e posteriormente ao mapa realizado pela coordenadora da UM que me era enviado através do e-mail institucional.

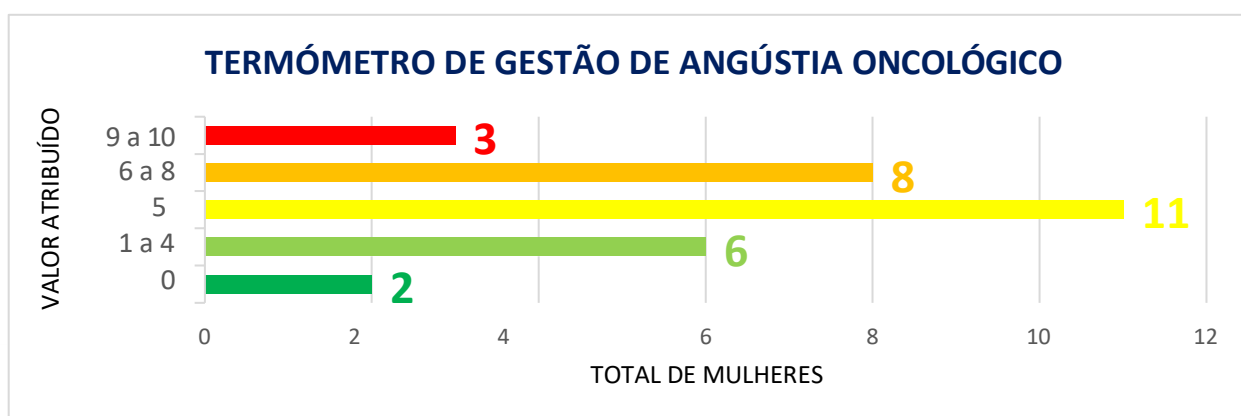
Deste mapa constavam as mulheres já com os seus casos discutidos em reunião multidisciplinar e com decisão terapêutica cirúrgica. Posteriormente, através do número de processo e nome completo, consultava o processo clínico no SClinic, onde obtinha dados

relevantes para a consulta, como: idade, contacto telefónico e tipo de cirurgia a realizar. Nem sempre o processo incluía a história clínica completa ou os antecedentes pessoais, no entanto o tipo de cirurgia, por si só, era essencial para preparar a consulta e reunir os documentos de apoio educativo a utilizar.

A consulta estruturada (Apêndice XVI e XVIII) seguia uma lógica e obedecia a um conjunto de conceitos e evidência, pelo que organizei um dossier que levava sempre para a consulta, onde reuni todos os documentos fundamentais à sua realização, como o Guia da consulta, a estrutura da consulta, checklist de intervenções de enfermagem, a lista das doentes agendadas para a consulta, os folhetos informativos criados (recomendações no pré e no pós-operatório) e do CH (referentes ao tipo de cirurgia e principais cuidados, e direcionado para o acolhimento e socialização ao hospital e serviço de cirurgia), o Termómetro de Angústia/Distress e ainda algumas fotos com exemplos de tipo de soutiens a utilizar após a cirurgia. No computador do gabinete tinha igualmente uma pasta onde seleccionava e abria os powerpoint adequados aos ensinios a realizar. No final eram realizadas notas de enfermagem (dados confidenciais incluídos no processo da doente) partilhadas com a equipa multidisciplinar, relatando os ensinios efetuados, principais problemas de enfermagem e eventuais referenciações.

Neste âmbito, após me apresentar e apresentar a finalidade da consulta, a mulher respondia a uma breve colheita de dados e em seguida preenchia um pequeno questionário da NCCN (2020) através do Termómetro de Angústia/Distress, relativo à gestão da angústia em doentes oncológicos, quantificando-a de 0 a 10. Pretendia-se ainda, detetar o nível de angústia face aos acontecimentos da semana anterior, instrumento de colheita de dados validado para português na versão 2.2020 (Anexo VI) do qual se apresentam os seguintes resultados:

Gráfico 1. Resultados da Aplicação do Termómetro de Gestão da Angústia Oncológico da NCCN



Fonte: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/distress_tool_portuguese.pdf

Como se pode observar, a maioria das mulheres situou o seu nível de angústia entre os 5 e os 8, pelo que no decorrer da consulta e no final da mesma já referiam sentir-se mais preparadas para a cirurgia e menos angustiadas. Apenas 2 referiram não ter qualquer angústia, e 3 mulheres apresentaram-se muito ansiosas durante e no final da consulta, pelo que foram referenciadas à psicóloga da equipa.

Estas consultas eram realizadas às mulheres na semana anterior à cirurgia, marcadas por telefone e agendadas sempre que possível, de acordo com a sua disponibilidade, procurando coincidir a data da consulta com uma ida ao hospital, quer para realizar exames pré-operatórios, quer para deslocar-se à consulta de anestesia. Nos casos em que não era de todo possível, as mulheres/família mostravam-se muito recetivas e aceitavam a data e hora que lhes propunha, facilitando o agendamento e organização da consulta. No contexto do que já foi referido, realizei consulta às segundas, terças e quartas-feiras, de forma a incluir todas as mulheres propostas para cirurgia na semana seguinte. O agendamento da consulta, onde constava a data, hora, nome completo e número do processo era enviado por e-mail institucional à equipa multidisciplinar, salvaguardando assim a disponibilidade do gabinete, a orientação personalizada a estas mulheres e a possibilidade de aplicar o questionário à posteriori.

Por turno, reservava cerca de 8 a 9 vagas para consulta, desde as 8h às 13h, com cerca de 30 minutos cada uma, sendo que dependendo do tipo de cirurgia, das necessidades de ensino da mulher e da quantidade de informação e ensino a transmitir, muitas das consultas chegavam a ser de 45 minutos e algumas de 1h, procurando não atrasar muito e não sobrepondo os horários das consultas seguintes. A lista de doentes agendadas para esse dia era entregue à auxiliar da consulta, que ia gerindo a chegada das utentes, facilitando todo o processo.

Das 30 consultas realizadas, 13 mulheres ainda foram operadas durante o período de estágio, sendo realizado o questionário de acordo com o previsto. No entanto, após o término do estágio ainda apliquei o questionário a mais 6 mulheres, uma vez que também elas tinham usufruído da consulta e poderiam contribuir com a sua avaliação pessoal. Infelizmente, porque não tinha mais horas de estágio e nos momentos que deveria ir à enfermaria aplicar os questionários encontrava-me a trabalhar, fiquei impossibilitada de os aplicar às restantes 11 mulheres com consulta prévia de enfermagem pré-operatória.

De acordo com o previsto, realizei 15 consultas a mulheres com cirurgia eletiva agendada no período efetivo de estágio, num total de 22 cirurgias efetuadas, constituindo cerca de 70% do total de consultas. Faço a ressalva que na semana em que iniciei estágio realizaram-se cirurgias a mulheres ainda sem consulta e na semana seguinte ao final do estágio, mais 6 cirurgias. No entanto, no decorrer do estágio realizei outras 15 consultas, sem que houvesse

ainda uma data prevista para cirurgia.

O próximo quadro sintetiza as principais intervenções durante a consulta de enfermagem pré-operatória:

Tabela 3. As três vertentes da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO/CAPACITAÇÃO ESPECIALIZADA À MULHER COM CANCRO DA MAMA		
APOIO PSICOSOCIAL	APOIO EDUCATIVO	ORIENTAÇÃO DA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA
Dar apoio à mulher/família	Verificar a compreensão da informação e orientação para autocuidado	Participar na Reunião Multidisciplinar
Avaliar ansiedade/ depressão, estado anímico através de escalas/encaminhar	Identificar os principais diagnósticos de enfermagem e intervir/ encaminhar	Agendar a consulta pré-operatória
Favorecer a expressão de medos e dúvidas	Facultar informação escrita complementar e visualização de PowerPoint educativo	Seguir a estrutura da consulta/Guião da consulta
Proporcionar a participação da família em todo o processo	Favorecer a participação da família no processo	Aplicar o termómetro de Distress
Informar acerca dos diferentes programas de apoio e ajuda	Realizar ensinamentos de acordo com o tipo de cirurgia e situação em si	Aplicar Checklist da Consulta
Informar acerca de material protésico (perucas, lenços, etc.)	Validar ensinamentos efetuados	Avaliar o apoio educativo da consulta pré-operatória

Tabela elaborada pela autora

4. AVALIAÇÃO

4.1 Reflexão sobre o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Os cuidados de suporte em todo o processo da experiência de cancro, ou seja, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento antineoplásico (médico e/ou cirúrgico), aos cuidados pós-tratamento, reforçando a reabilitação, a prevenção do cancro secundário, a sobrevivência até aos cuidados em fim de vida, são essenciais para a prestação de cuidados de excelência, que se entendem globais e, onde se respeitam valores e crenças, refletem os princípios éticos, e se amenizam possíveis complicações, tornando essa experiência o menos traumática possível (EONS, 2018). A prática reflexiva e a aplicação das diversas competências amplamente descritas e analisadas ao longo deste relatório, assentaram sobre diversos domínios que passo a apresentar.

No que refere às **Competências Comuns do Enfermeiro Especialista** (OE, 2019), foram desenvolvidas competências de Responsabilidade profissional, ética e legal, de Melhoria contínua da qualidade, de Gestão dos cuidados e ainda de Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A corresponsabilização no atendimento à pessoa em tempo útil, a informação ao indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem acerca dos recursos a que a pessoa pode ter acesso e a forma de os obter, são parte integrante deste compromisso ético-legal. (OE, 2015). Ainda neste contexto, no art.º 84 “a informação como dever, assenta sobre bases sólidas, tais como, os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa” (OE, 2015, p.73).

O respeito pela mulher/família, a confidencialidade do questionário e do tratamento dos dados colhidos, com a obtenção de parecer positivo pela Comissão de Investigação e Ética do CH, bem como o consentimento verbal para a realização da consulta, garantiram uma prática de cuidados de elevada consideração pelos direitos humanos, sempre com responsabilidade ética e profissional.

Outro aspeto fundamental, tido em conta durante todo este processo foi a questão da tomada de decisão e o consentimento livre e esclarecido para a cirurgia. A mulher foi chamada

a participar e a decidir sobre as decisões terapêuticas e necessidades de apoio educativo e emocional. As reuniões multidisciplinares para decisão terapêutica, contemplaram sempre este aspeto, bem como ao nível da consulta de enfermagem, foram tidas em conta as suas necessidades psicossociais e educativas, crenças e valores, na promoção do autocuidado, da autonomia, fortalecendo o seu poder de decisão no domínio do cuidar de si (Orem, 1995).

Apresentando-se como um projeto de intervenção em contexto profissional, procurei desde o início integrar toda a equipa e chefias, no sentido de promover uma tomada de decisão clara, com a definição de uma problemática efetiva e de reconhecido potencial de melhoria até à sua implementação. O trabalho desenvolvido em equipa e com a equipa, revelou e potenciou a capacidade de organização, julgamento crítico e autonomia na tomada de decisões, igualmente apontado pela enfermeira orientadora do último local de estágio. Ao liderar esta consulta de enfermagem de forma inequívoca e ponderada, promovi a continuidade dos cuidados e das práticas, através dos registos de enfermagem em SCLinic, partilhados com a equipa multidisciplinar da UM e, através do acompanhamento no pré-operatório, desde a consulta até a realização da cirurgia.

No que refere ao domínio da melhoria contínua da qualidade, tive garantidamente um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da consulta de enfermagem. Através da aplicação do Questionário de Educação para Saúde, incluído no projeto da Consulta de Enfermagem, surgiam algumas ideias de melhoria apresentadas anteriormente e de forma sucinta, mas que poderão ser amplamente trabalhadas e analisadas, quando a consulta estiver totalmente implementada, com o foco na melhoria dos cuidados e na sua qualidade.

Na área de competências do domínio da gestão dos cuidados, realizei uma gestão com base no autoconhecimento e assertividade, adequada às necessidades educativas e emocionais com foco no autocuidado, otimizando a resposta da equipa e a sua articulação. Esta gestão adaptada aos recursos, às situações e ao contexto, visaram a garantia da qualidade dos cuidados.

No que refere ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, este projeto foi crescendo no tempo com bases sólidas fundamentadas pela RSL e por uma prática de cuidados centrada no doente.

Ainda neste contexto, no domínio das **Competências Comuns e Específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem médico-cirúrgica**, na área de enfermagem em pessoa em Situação Crónica (OE, 2018), adaptado ao projeto de estágio, foram realizadas as seguintes intervenções:

- a) Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos cirúrgicos complexos, decorrentes do CM;
- b) Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos cirúrgicos complexos, decorrentes do CM;
- c) Cuidar da mulher com CM e respetiva família/ pessoa significativa, identificando necessidades, promovendo intervenções e envolvendo os intervenientes colaborando na equipa multidisciplinar;
- d) Maximizar a segurança da mulher com CM a vivenciar uma situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com uma prática profissional ética, respeitando os direitos humanos.

De acordo com as competências preconizadas pela **EONS** (2018), foi aplicada uma abordagem crítica e científica na tomada de decisões e fui responsável pela assistência baseada em evidências assumindo a liderança na criação e implementação da consulta de enfermagem pré-operatória a mulheres com cancro da mama. Sendo uma consulta inexistente, aumentei a segurança do paciente e a qualidade e eficácia da prestação de cuidados e, portanto, a mesma tornou-se essencial e insubstituível na resposta do CH ao atendimento à mulher no tratamento “cirúrgico” do cancro.

As responsabilidades demonstradas em todas as configurações de cuidados relativos à consulta de enfermagem mostraram-se positivos ao longo do estágio, mediante os aspetos já amplamente discutidos e no cumprimento de diretrizes e recomendações à luz da literatura científica.

Ainda neste contexto, e para a concretização deste projeto, foram tidas em conta e desenvolvidas as **Competências de Mestre**, através da realização de uma RSL, elaboração de documentos com base na pesquisa efetuada, elaboração de pósteres e comunicações livres e posterior discussão pública deste relatório, apresentando-se os principais aspetos observados:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo

- reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;
 - e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

O papel do Enfermeiro Especialista e com grau académico de Mestre, é preponderante e relevante, através de práticas, comportamentos, prestação de cuidados de qualidade, com rigor técnico e científico na forma como atua ao nível das instituições e das organizações. Assim, tive a responsabilidade de prover cuidados aos clientes/famílias e comunidade e para isso, fundamentar o domínio da prática avançada em enfermagem, ou seja, com competência profissional que me permitiu exercer as minhas funções objetivando resultados com eficiência. Como enfermeira de nível de especialista, compreendo que integrar a melhor evidência científica existente com a perícia clínica, utilizando juízo crítico fundamentado, auxiliam na tomada de decisão para a melhor resposta na situação particular de cuidados. Estes, em articulação com competências cultural, clínica e ética nos cuidados centrados na pessoa têm como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados e otimizar os resultados em saúde.

Com base na investigação e na experiência, procurei entender e analisar a prática de enfermagem avançada e os seus efeitos nas pessoas, assim como também a utilização dos recursos. A educação e o treino de enfermeiros especialistas, a organização dos serviços e a influência dos enfermeiros nos contextos de cuidados resultam da PBE e em investigação científica fundamentada e documentada. Referir o padrão de qualidade dos cuidados em enfermagem pela Ordem dos enfermeiros, onde ressalta a importância da incorporação da investigação na prática profissional, principalmente no processo de tomada de decisão e na fase de implementação de intervenções.

No domínio da saúde, configuram-se novas necessidades de cuidados, onde os enfermeiros se apresentam como determinantes para a avaliação da condição das pessoas, na monitorização da condição de saúde e da qualidade de vida. A minha ação, enquanto enfermeira ao nível da especialidade, procurou ser uma componente do continuum de acompanhamento da pessoa ao longo do ciclo vital, cuja ação permitiu identificar as necessidades em saúde, as preferências e expectativas das da mulher com cancro da mama.

Segundo a *Canadian Nurses Association* (2008), a “*advanced nursing practice*” (APN), é um termo chave que descreve um avançado nível de prática clínica em enfermagem e que

maximiza o uso de formação graduada, a profundidade do conhecimento em enfermagem e a perícia de encontro às necessidades individuais, familiares, grupos, comunidades e populações. Envolve: analisar e sintetizar conhecimento; compreender, interpretar e aplicar a teoria e a investigação em enfermagem e o desenvolvimento e avanço do conhecimento em enfermagem e da profissão como um todo. Desta forma, definem as competências essenciais a desenvolver pelos enfermeiros especialistas, o conhecimento, habilidade e atitude, ou seja, o saber, saber fazer e saber ser.

A enfermagem é a ciência do cuidar, do cuidar humano, do cuidar planeado, sistematizado, organizado. Do cuidar científico. Um cuidado analisado, avaliado e implementado pela assistência de enfermagem. É preciso “olhar” para a mulher em todas as suas dimensões/necessidades, aplicando o cuidado.

Os paradigmas Biomédico e Holístico face aos Cuidados de Enfermagem advêm da necessidade de introduzir uma prática de enfermagem humanística, centrada nos cuidados à pessoa e de forma individualizada (McEvoy & Duffy, 2008). No paradigma holístico, aquele em que procurei alicerçar as minhas ações, o Homem está em interação recíproca e simultânea com o ambiente que o rodeia, sendo-lhe reconhecido o direito e o dever da capacidade da tomada de decisão. Neste paradigma é possível consciencializar a capacidade de transformação e mudança da pessoa e assim, poder capacitá-la para o autocuidado (McEvoy & Duffy, 2008).

4.2 Pontos fortes e pontos fracos na implementação do projeto

4.2.1 Pontos Fortes

A ferramenta SWOT revelou-se uma técnica de diagnóstico fundamental na gestão de riscos e na otimização das condições que permitiram a conquista dos objetivos propostos.

Assim, considero que o principal ponto forte foi sem dúvida a minha motivação e empenho em todo o processo. O fato das chefias do CH também acarinharem esta consulta como um projeto pioneiro e futuramente extensível a outras especialidades cirúrgicas, contribuiu para que fosse possível planejar, estruturar e implementar esta consulta de forma inequívoca e integrada na UM, o que me deu imenso gozo fazer. Os estágios que realizei possibilitaram-me experiências extremamente gratificantes, através de momentos únicos de autoaprendizagem e autoconhecimento, resultado da partilha/interação com as enfermeiras peritas, especialistas e mestres na área da capacitação da mulher com CM no âmbito consulta Pré-Operatória. As instituições A e B constituíram um ambiente ideal para o desenvolvimento e aperfeiçoamento do

cuidado dirigido e especializado a estas mulheres e suas famílias. Outro aspeto que considero ter sido importante, e que só mais recentemente tomei consciência dele, foi o fato de ter sido enfermeira em Hospital de Dia e no serviço de oncologia médica durante 6 anos. Os conhecimentos adquiridos e a experiência acrescida nesta área permitiram correlacionar saberes e proporcionar apoio educativo e emocional de forma consciente e criteriosa.

A minha experiência de cerca de oito anos no BOC na cirurgia da mama, exercendo funções no acolhimento, na sala operatória (anestesia, circulante e instrumentista) e na unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), permitiu-me igualmente, no último estágio integrar todas as oportunidades formativas e as múltiplas experiências vividas e conhecimentos resultantes dos estágios A e B, e assim implementar de raiz uma consulta pré-operatória para mulheres com CM propostas para cirurgia no estágio C. A avaliação no decorrer dos três estágios, pelas enfermeiras orientadoras, foi sendo muito positiva, reforçando o trabalho que efetuei durante estas 18 semanas.

4.2.2 Pontos Fracos

A determinação das forças ou fraquezas, devem ser dirigidas e exclusivas do projeto a desenvolver, uma vez que são muito relativas porque dependem do contexto e do ambiente específico em que se inserem. A importância da identificação dos pontos fracos revela uma análise reflexiva ponderada e tem como objetivo o aperfeiçoamento e o planeamento estratégico futuro. Desta forma, considero que poderia ter dado mais tempo ao último estágio. Isto porque gostaria de ter efetuado o Questionário de Educação para a Saúde a todas as mulheres da consulta. Com o final do estágio e sem horas para ir ao serviço de internamento de cirurgia, acabei por não conseguir falar com todas as mulheres e aplicar o referido questionário. Assim, penso que teria sido uma boa opção, reduzir as horas nos estágios anteriores em uma semana cada um e incluí-las no estágio final.

Nos estágios A e B, considero que teria sido interessante adicionar um dia de observação ao bloco operatório, para perceber toda a realidade no intraoperatório nessas duas instituições. Observar e acompanhar a mulher no acolhimento, na sala operatória, no recobro e na chegada à enfermaria, parece-me que poderia facilitar a minha intervenção na consulta pré-operatória. Conhecer o tipo de técnica cirúrgica, o tipo de penso e drenos e todo o percurso desta mulher permite esclarecer e alertar a mulher para alguns aspetos que podiam fazer a diferença, naquele contexto de cuidados. Esta observação e análise podia inclusive trazer uma visão mais alargada dos recursos disponíveis e por isso contribuir positivamente para a implementação da consulta no estágio C.

4.3 Contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados

Báo, Amestoi, Moura e Trindade (2019), referem que a avaliação de serviços de saúde é fundamental na dinâmica de trabalho, de modo a permitir a identificação de fragilidades e a visualização de oportunidades de melhoria. Nessa perspetiva, as intervenções de enfermagem devem ser avaliadas, com o intuito de conhecer seus resultados e estabelecer boas práticas com base em evidências. Estes autores referem ainda que os indicadores de qualidade podem ser um meio de mensurar e avaliar as ações de enfermagem. Considerados instrumentos de gestão que orientam o caminho para a excelência do cuidado, constituem a forma pela qual os profissionais de saúde podem verificar, monitorizar e avaliar a eficácia e eficiência do processo de cuidado e ainda, os resultados das intervenções.

Este projeto foi pensado no sentido de dar primazia, desde o primeiro momento, à melhoria da qualidade dos cuidados a mulheres com CM propostas para cirurgia, constituindo um dos objetivos gerais deste relatório. No sentido de quantificar a intervenção junto destas utentes, foi desenhado e aplicado um questionário no pós-operatório. Este questionário, permitiu conhecer a perceção das mulheres quanto à situação de saúde, acolhimento, apoio educativo no pré e no pós-operatório, na prevenção de complicações e satisfação no atendimento (já abordado anteriormente). Da sua implementação, procurei realizar uma análise precisa das respostas e, contribuir, por um lado, para o reconhecimento da importância que esta consulta de enfermagem pode ter no acompanhamento destas doentes oncológicas e suas famílias, e por outro, contribuir para a identificação de necessidades psicossociais e educativas em contexto pré-operatório, com potencial de melhoria, através da intervenção especializada de enfermagem.

A evidência encontrada (RSL) contribuiu ainda para a melhoria da prática de enfermagem na consulta pré-operatória e permitiu a construção de um Guia da Consulta de Enfermagem Pré-operatória, que procura sistematizar as intervenções de enfermagem no âmbito do acompanhamento da mulher/família e na promoção do autocuidado, de modo a traduzirem-se em intervenções significativas geradoras de mudanças positivas e autónomas da mulher. Tendo por base o Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2013), é visível no Guia da Consulta Pré-operatória desenvolvido, o CCP, com o foco para as intervenções de enfermagem e ganhos em saúde, para esta mulheres com CM. Seguindo a metodologia proposta pela OE (2013), no Guião supracitado, a estrutura da consulta documentada no Guia, é identificado e descrito o problema, são formulados objetivos iniciais, são identificadas as causas e criado um questionário de avaliação da qualidade dos cuidados desenvolvidos em contexto de consulta, estão explícitas as atividades

planeadas e a executar, a possibilidade de avaliar resultados (propondo medidas corretivas e de melhoria), e por fim, a possibilidade de partilhar com a equipa os resultados da Consulta Especializada de Enfermagem Pré-operatória.

Este projeto permitiu o desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista na vertente Oncológica, Perioperatória e de Mestre, através da aplicação de uma abordagem crítica e científica a tomada de decisões, aumentando a segurança e a qualidade dos cuidados complexos, em situação de doença crónica e a vivenciar um processo cirúrgico. Permitiu ainda, o desenvolvimento de competências de investigação, desde o diagnóstico de situação, pesquisa e utilização de evidencia científica, desenvolvimento de investigação conducente à avaliação de resultados e divulgação destes. Competências de liderança, na identificação da necessidade de melhoria da qualidade dos cuidados, na iniciativa do processo de mudança, na sua condução e na formação de uma equipa. E por fim, de consulta e colaboração, integrando conhecimentos e experiência na área de especialidade (OE, Regulamento n.º 140/2019).

O contributo deste projeto para a melhoria da qualidade de vida, bem-estar físico e emocional, prevenção de complicações decorrentes da experiência cirúrgica, promoção do autocuidado e preparação para a cirurgia, evidenciam os padrões de qualidade defendidos pela OE (2001), onde a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem representam a base e o reflexo do cuidar com qualidade, num exercício profissional ético e responsável.

5. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O papel do enfermeiro especialista no contexto da enfermagem oncológica, assume-se, não apenas através de aspetos físicos e estruturais do ambiente de cuidados, mas principalmente em elementos de cultura, liderança e avaliação de forças externas e internas identificadas na literatura e que “moldam” as condições ou as circunstâncias do ambiente da prática de cuidados (Bakker et al, 2013). A consciência de que a inércia, e a “acomodação” não facilitam de todo, este processo, reconhece-se o trabalho em equipa como fundamental para que, em sintonia profissional se consiga/encontre a uniformização de cuidados, a eficiência, confiabilidade e relevância dos mesmos para que cada vez mais, esses, sejam acessíveis em tempo útil, assegurando a qualidade da assistência, dos materiais e técnicas utilizadas, dando ênfase ao ensino e capacitação da pessoa/família (Lau & Loiselle, 2018).

A comunicação na consulta pré-operatória revela-se como a chave em todo este processo, através da qual é possível reduzir a ansiedade, o stress, o medo, a angústia e sentimentos de insegurança que os doentes oncológicos apresentam. De acordo com Uitterhoeve, Bensing, Grol, Demulder & Van Achterberg (2010) os doentes referem que a abordagem de aspetos ao nível do foro emocional e psicológico está longe de ser a mais adequada e que, por sua vez, os profissionais concordam que a dimensão do emocional e da comunicação necessitam de ser melhoradas. Não querendo parecer que “pisei a lua” pela primeira vez, entendo que apesar de já ter percorrido um longo caminho, dei “pequenos passos” no contributo da melhoria dos cuidados prestados aquelas mulheres, “abreviei” barreiras de comunicação e através da relação empática e de ajuda proporcionei um espaço seguro, aberto ao diálogo, de clarificação e ensino.

Assim, a qualidade dos cuidados em saúde encontra-se incorporada naturalmente nas transições de cuidados que criamos, refletindo a nossa capacidade de formar parcerias não apenas com os pacientes, mas também com a equipa multidisciplinar (Maley & Young, 2017). Ainda estes autores referem que os enfermeiros especialistas, por sua vez, estão idealmente posicionados para coordenar as transições que ocorrem em pacientes pré-operatórios.

Assim, durante estes estágios foi patente o cuidado especializado com vista à melhoria dos cuidados, através da prática baseada na evidência. A construção de parcerias de forma a facilitar a implementação da consulta, tornou-me uma agente de mudança e de influência junto da equipa multidisciplinar permitindo, a partilha e disseminação de conhecimento. A educação e

intervenções formativas padronizadas, através de checklist e guias, permitiu-me desenvolver estratégias de decisão durante a consulta, treino individual e, posterior avaliação da consulta, através de um questionário de Educação para a Saúde.

A educação e o treino de enfermeiros especialistas, a organização dos serviços e a influência dos enfermeiros nos contextos de cuidados resultam de PBE, nomeadamente em investigação científica fundamentada e documentada. Referir o padrão de qualidade dos cuidados em enfermagem pela Ordem dos enfermeiros, onde ressalta a importância da incorporação da investigação na prática profissional, principalmente no processo de tomada de decisão e na fase de implementação de intervenções.

Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros, eficientes, que a prestação de cuidados seja equitativa e realizada no momento certo, e ainda, que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas. A melhoria da qualidade no Sistema de Saúde é, assim, um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados (Ministério da Saúde no Plano Nacional de Saúde, 2015-2020).

Assim, este ensino clínico, superou positivamente as minhas expectativas pessoais, uma vez que, de uma forma muito subtil, mas consistente, proporcionou-me ferramentas e instrumentos de desenvolvimento académico e profissional que foram uma mais-valia em contexto de trabalho. É através de oportunidades de aprendizagem como esta que é possível acrescentar saber técnico e científico baseado na evidência, posteriormente demonstrado através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas e à resposta dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos que vão sendo certificados ao longo do percurso especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e outras interrelacionadas.

Apesar dos momentos conturbados, vividos na primeira pessoa, devido à pandemia por SARS – Covid 19, senti alguma dificuldade em terminar este relatório, que muito se deveu ao excesso de carga de trabalho, stress profissional e emocional. Ainda assim, agora que o concluí, considero que fui uma privilegiada por ter terminado o meu estágio em fevereiro do ano passado, pouco antes da pandemia despoletar. É certo que este projeto ficou parado, como tantos outros, devido às exigências e ajustes necessários e causados pela pandemia, no entanto, tenho garantias de que assim que esta fase terminar, voltaremos a recuperá-lo, muito provavelmente

num espaço diferente e exclusivo à Unidade da Mama. Seria extraordinário implementar e realizar esta consulta no CH onde exerço funções.

Por ser um projeto aprovado pelo CA e de interesse profissional, fiquei desde logo convidada a apresentar os principais resultados no Centro de Formação após a defesa da Tese de Mestrado. Pretendo ainda, divulgar os resultados através de artigos científicos e comunicações livres e ainda, investir profissionalmente na área do cancro da mama em geral e na fase pré-operatória em particular.

No geral, a descrição de atividades e resultados esperados, bem como os objetivos delineados foram alcançados, sendo que os ajustes realizados, são justificados pela presença de limitações e/ou especificidades inerentes a cada local de estágio, no sentido de se obterem melhores resultados e experiências variadas de cuidados.

Após a análise e reflexão e de acordo com as intervenções realizadas, concluo que, esta experiência de cuidados diferenciados e dirigidos à mulher/família com cancro da mama, constituiu um meio riquíssimo de aquisição de competências, não só no que refere à estrutura e organização da Unidade de mama, mas especialmente, ao processo utilizado na capacitação e apoio à mulher com cancro de mama, em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrão, R., Besson, R., Buetto, L., Sonobe, H. & Lenza, N. (2011). Cuidados de enfermagem às mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. *Revista de enfermagem UFPE*. 5(6),1514-521.
2. Arantes, S. L. & Mamede, M. V. (2003). *A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: Um direito a ser conquistado*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 11(1), 49–58. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000100008>.
3. Araújo R., Silva T. & Ramos V. (2016). Self-care agency and quality of life in the preoperative period of coronary artery bypass graft surgery. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 50(2), 232-238. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200008>.
4. Arraras, J., Greimel, E., Sezer, O., Chie, W., Bergenmar, M., Costantini, A., ... Velikova, G. (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: An instrument to assess the information given to cancer patients. *European Journal of Cancer*. 46(15), 2726-2738. 1–13. DOI: [10.1016/j.ejca.2010.06.118](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.06.118).
5. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas - AESOP. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta.
6. Bakker, D., Strickland, J., MacDonald, C., Butler, L., Fitch, M., Olson, K., & Cummings, G. (2013). The context of oncology nursing practice: An integrative review. *Cancer Nursing*, 36(1), 72–88. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824afadf>.
7. Bão, A. C. P., Amestoi, S. C., Moura, G. M. S. S. & Trindade, L. L. (2019). Quality indicators: tools for the management of best practices in health. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72(2), 377-84. DOI: [10.1590/0034-7167-2018-0479](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479).
8. Bezerra, M. L. R., Faria, R. P. R., Jesus, C. C. A. C., Reis, P. D., Pinho, D. L. M. & Kamada, I. (2018). Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de Orem no Brasil: Uma revisão integrativa. *Journal of Management & Primary Health Care*. 9(16), 1-19. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.538>.

9. Canadian Nurses Association (2008). *Advanced nursing practice: A national framework*. Ottawa. Disponível em: https://www.cna-aiic.ca/en/~media/nurseone/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e.
10. Cardoso, F. (Coordenador) (2017). *100 perguntas chave do cancro da mama* (2ª ed.). Portugal: Permanyer.
11. Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., ... Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 374, (1–77). <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz189>
12. Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). Combater a desigualdade: da evidência à ação. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf.
13. Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, C., Dosser, I., Dallas, L. (2008). Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. DOI: [10.1002/14651858.CD005634.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD005634.pub2).
14. Decreto-Lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Ministério da Saúde. *Diário da República*. Série I-A (n.º 205/1996, 1996-09-04), 2959 – 2962. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/241640/details/maximized>.
15. Diógenes MAR & Pagliuca LMF. (2003). Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2003 dez; 24(3):286-93. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4458/2399>
16. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x>.

17. Eicher, M., Kadmon, I., Claassen, S., Marquard, S., Pennery E, Wengstrom, Y. & Fenlon, D. (2012). EONS post-basic curriculum for breast cancer nursing. *European Journal of Cancer*. 48(9), 1257-1262. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2011.07.011>.
18. European Oncology Nursing Society. (2018). *Cancer nursing education Framework Contents*. Disponível em: <https://secureservercdn.net/160.153.137.163/z2y.621.myftpupload.com/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf?time=1602163080>.
19. Fernandes, C. G., Becker, M., Ramos, S. G. D., Prado, R. A., Dal Sasso, G. M. & Martins, C. R. (2011). As expressões da arte em enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico. *Texto Contexto Enfermagem*. 20(1), 167–174. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000100020>.
20. Ferrito, C., (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
21. Ferrito, C., (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In A. Duarte & O. Martins. *Enfermagem em bloco operatório* (pp.959-4). Lisboa: LIDEL.
22. Fox, V. & Rothrock, J. (2008). *ALEXANDER: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (13ª Ed.). Loures: Lusociência.
23. Gomes, N. & Silva, S. (2016). Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. *Revista de Enfermagem da UERJ*. 24(3). 6p. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.7634>.
24. Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. N. R. & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência* (Série IV:14) 17-26. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.

25. Gradishar, W. J., Anderson, B. O., Balassanian, R., Blair, S. L., Burstein, H. J., Amy, C. ... Kumar, R (2011). Breast Cancer, Version 1.2017 Featured Updates to the NCCN Guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. Volume 15(4), 433-451. Disponível em: <https://jnccn.org/view/journals/jnccn/15/4/article-p433.xml>.
26. Grittem, L., Méier, M. J. & Gaievicz, A. P. (2006). Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. *Cogitare Enfermagem*, 11(3), 245–251. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v11i3.7311>.
27. Holland, J. C., e Rowland, J. H. (Eds.). (1989). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York, NY, US: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>
28. Instituto Nacional de Estatística (2017). *Anuário Estatístico de Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
29. International Council of Nursing. (2002). Disponível em: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
30. Lau, G. J., & Loiselle, C. G. (2018). E-health tools in oncology nursing: Perceptions of nurses and contributions to patient care and advanced practice. *Canadian Oncology Nursing Journal* 28(2), 118–124. <https://doi.org/10.5737/23688076282118124>.
31. Leal, M. (2006). Cirurgia ambulatória: Estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? *Pensar Enfermagem*. 10(1), 67-74.
32. Liga Portuguesa Contra o Cancro (2018). *Programa de rastreio do cancro da mama*. Disponível em: <https://www.ligacon.tracancro.pt/servicos/detalhe/url/programa-de-rastreio-de-cancro-da-mama/>.
33. Lopes, J. V., Bergerot, C. D., Barbosa, L. R., Calux, N. M. C. T., Elias, S., Ashing, K. T. ... Domenico, E. B. L. (2018). Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(6), 2916-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>.

34. Mahon, S. M. (2012). Screening for breast cancer: evidence and recommendations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), 567-571. DOI: [10.1188/12.CJON.567-571](https://doi.org/10.1188/12.CJON.567-571)
35. McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-centered nursing: theory and practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
36. McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>.
37. McEvoy, L & Duffy, A (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. Elsevier Ltd. 8, p.412–419. doi:[10.1016/j.nepr.2008.02.002](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002).
38. Ministério da Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde (2015/2020): revisão e extensão a 2020. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020>.
39. Ministério da Saúde (2018). *Retrato da saúde, 2018*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf.
40. Moraes R. (2010). O significado do aprender: linguagem e pesquisa na reconstrução de conhecimentos. *Conjetura: filosofia e educação*, 15(1),135-150. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/188/179>.
41. Moreira, H., Silva, S., e Cristina Canavarro, M. C. (2008). *Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: Do diagnóstico à sobrevivência*. *Psicologia Saúde & Doenças*. 9(1), 165–184. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36290114.pdf>.
42. National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative (2020). *Clinical practice guidelines in oncology. Breast Cancer*. Versão 6.2020 – 8 setembro Disponível em: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf and https://www.nccn.org/global/international_adaptations.aspx for the Distress Thermometer.

43. Oliveira, SKP., Queiroz, AP., Matos, DPM., Moura, AF, Lima, FET. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 155-61. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>.
44. Ordem dos Enfermeiros (2018). Competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135, 16 de julho). 19356-19370. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>.
45. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.
46. Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional em enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livro_cj_deontologia_2015_web.pdf.
47. Ordem dos Enfermeiros, Conselho Regional de Enfermagem (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Programa padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>.
48. Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
49. Ordem dos enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>.

50. Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. L. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. St. Louis: Mosby.
51. Orem, D.E. (1985). *Nursing concepts of practice*. (3rd Ed.). Maryland: McGraw- Hill Book Company.
52. Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico – OCDE. (2019). *State of Health in the EU: Portugal: Perfil de saúde do país: políticas melhores para uma vida melhor*. Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_pt_portuguese.pdf.
53. Otto, S. E. (2006). *Enfermagem em oncologia* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
54. Pereira, A. C., Soares, V. L., da Silva Russo, T. M., da Silva Teles, A. A., Lenza, N. D. F. B., & Sonobe, H. M. (2016). O ensino pré-operatório na perspetiva de pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem da UFPE*. 10(2), 449-456. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i2a10976p449-456-2016>.
55. Phipps, W. J., Sands, J. K. & Marek, J. F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e práticas clínicas*. (Vol 1). Lusociência.
56. Plano Nacional para as Doenças Oncológicas – PNDO (2017) da DGS. Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/>.
57. Queirós, JPP., Vidinha, ST e Filho, AS. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV. (3),157–164.
58. Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2ª Série (N.º 26, de 06 de fevereiro de 2019). 4744-4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

59. Rocha, D. R. & Ivo, P. O. (2016). Assistência de enfermagem no pré-operatório e sua influência no pós-operatório: Uma percepção do cliente. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 4(2). <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i2.631>.
60. Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf.
61. Santos, B., Ramos A. & Fonseca C. (2017). Da formação à prática: Importância das teorias do autocuidado no processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging e Innovation*, 6 (1): 51-54. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-ormação.pdf>.
62. Santos, M. C. & Nascimento, R, C. S. (2013). Indicadores de qualidade da assistência de enfermagem em centro cirúrgico: revisão integrativa da literatura. *Revista de Administração em Saúde*. 15(58), 27-36.
63. Santos, R., Piccoli, M., & Carvalho, A. (2007). Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enfermagem*. 12(1), 52–61. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i1.8264>.
64. Sardanelli, F., Fallenberg, E. M., Clauser, P., Trimboli, R. M., Camps-Herrero, J., Helbich, T. H., Forrai, G., & European Society of Breast Imaging (EUSOBI), with language review by Europa Donna–The European Breast Cancer Coalition (2017). Mammography: an update of the EUSOBI recommendations on information for women. *Insights into imaging*, 8(1), 11–18. DOI: <https://10.1007/s13244-016-0531-4>.
65. Serrano, M. T. P, Costa A. S. M. C. & Costa N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (3), 15-23. DOI: <https://10.12707/RIII1019>.
66. Tomey, A. e Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua obra: Modelos e teorias de enfermagem*. (5ª Ed.). Loures: Lusociência.

67. Torres, G. de V., Davim, R. M. B., & Nóbrega, M. M. L. da. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de OREM: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 7(2), 47-53. <https://doi.org/10.1590/S0104-11691999000200007>.
68. Uitterhoeve, R. J., Bensing, J. M., Grol, R. P., Demulder, P. H. M., & van Achterberg, T. (2010). The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature. *European Journal of Cancer Care*. 19(4), 442-457. DOI: [10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01082.x).
69. Vítor, A.F., Lopes, M.V.O. & Araújo, T.L. (2010). Teoria do Déficit de Autocuidado: Análise da sua Importância e Aplicabilidade na Prática de Enfermagem. *Anna Nery*. 14(3). 611-616. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>.
70. Wilson, A. R. M., Marotti, L., Bianchi, S., Biganzoli, L., Claassen, S., Decker, T., ... Cataliotti, L. (2013). The requirements of a specialist Breast Centre. *European Journal of Cancer*, 49(17), 3579–3587. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2013.07.017>

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de Revisão *Scoping*

***Consulta de Enfermagem Pré-Operatória
em Mulheres com Cancro da Mama: Revisão da Literatura***

BACKGROUND

As doenças oncológicas são a segunda causa de morte em Portugal, sendo que o cancro da mama assume-se como a neoplasia maligna mais frequente na mulher. Na última década, tem-se assistido, à semelhança do resto da Europa, a um aumento regular da incidência do cancro no nosso país, com uma taxa persistente de cerca de 3% ao ano (Plano Nacional para as Doenças Oncológicas - PNDO, 2017). O cancro de mama surge devido crescimento desordenado das células do tecido mamário, sendo uma doença receada pela maioria das mulheres, “devido à associação com a mutilação física e alterações que ocorrem no estilo de vida da mulher” (Alves, Barbosa, Caetano et al (2011, p.733).

A Organização Mundial de Saúde refere que, o Cancro da mama (CM) “é o segundo mais comum no mundo, com mais de 2 milhões de casos em 2018 e, mais de 600 mil pessoas morrerão com este tipo de cancro no mundo este ano” (OMS, 2015). Existem diversos tipos de CM conforme a natureza das células onde têm origem. O diagnóstico precoce e o tratamento atempado e adequado possibilitam a cura ou um melhor prognóstico. As hipóteses terapêuticas são variadas, sendo que, cada doente poder ser submetida a mais de uma, como sejam a cirurgia, (mastectomia ou tumorectomia), radioterapia e/ou quimioterapia (DGS, 2003).

Ainda segundo o PNDO (2017), o aumento do risco de incidência de cancro da mama, é explicado através de diversos fenómenos, nomeadamente o envelhecimento da população, as modificações de estilos/hábitos de vida e ainda, ao aumento da taxa de sucesso no tratamento do cancro e de outras doenças associadas, resultando no aumento do tempo de vida dos sobreviventes de cancro, acompanhado da probabilidade do aparecimento de novas neoplasias.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2016/2017), existem diversos fatores de risco para o aparecimento de cancro da mama, alguns dos quais, não conseguimos interferir e são eles: ser do sexo feminino, menarca precoce e menopausa tardia e outros, que se pode influenciar a sua ocorrência, nomeadamente a nuliparidade, a primeira gravidez após os 35 anos de idade, a terapêutica hormonal de substituição e o sedentarismo. Refere ainda que, o autoexame da mama desde a menarca e a mamografia a partir dos 50 anos de idade constituem os métodos mais eficazes à deteção precoce deste tumor.

Santana, Souza e Viana (2018), salientam ainda que o tratamento mais usual nestes casos, é o cirúrgico, prevendo-se um impacto físico, emocional e psicossocial relevante nestas mulheres, sugerindo um acompanhamento especializado em consulta de enfermagem, capacitando a mulher/família de forma a “minimizar os riscos e as complicações decorrentes do processo cirúrgico” (p.69). Estes autores, referem ainda, que os cuidados diferenciados e os resultados em saúde, devem ser sustentados na melhor evidência científica disponível, guidelines, bem como em orientações nacionais e internacionais, de modo a traduzirem-se em intervenções significativas geradoras de mudanças positivas, objetivando assim, a transição do processo saúde/doença, o menos perturbadora possível.

O período pré-operatório inicia quando se decide “pela cirurgia e termina quando o doente é transferido para a mesa operatória” (Spry, 2009 citado por Ferrito, 2014). Para os mesmos autores, a intervenção de enfermagem nesta fase, constitui um cuidado de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésico-cirúrgicos. Lourenço (2004) afirma que, a intervenção de enfermagem no período pré-operatório, “...visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objetiva sobre o excesso de stress do futuro operado” (p.26).

Segundo Melo et al (2013), os doentes cirúrgicos, consideram crucial a intervenção no pré-operatório, sustentando-a como fator de melhoria contínua e qualidade dos cuidados. Ainda segundo este autor, os doentes referem como aspetos mais relevantes, o esclarecimento de dúvidas a nível dos procedimentos anestésicos e que envolvem o ato cirúrgico, deixando-os menos receosos. O papel emergente do enfermeiro nesta área, cada vez mais multifacetado, conduz à procura de evidência baseada na prática, identificando lacunas na qualidade dos cuidados prestados, coordenando e gerindo esforços destinados a uma população específica, ou seja, pessoa proposta para cirurgia oncológica da mama.

O Enfermeiro como profissional de saúde, desempenha um papel fundamental no acompanhamento e orientação destes doentes. O seu saber, empenho, olhar técnico e pessoal, são aspetos muito importantes e que fazem a diferença na vida dos mesmos e suas famílias.

Os cuidados de enfermagem centrados no utente têm como objetivo principal a prevenção da doença e a promoção de processos de readaptação, de modo a satisfazer as necessidades humanas individuais e a sua independência na realização das atividades diárias, com o objetivo de obter o mais elevado nível de saúde e bem-estar para a pessoa, família e comunidade (Ordem

dos Enfermeiros, 2002).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) enquanto identidade reguladora do exercício profissional, permuta a grande importância na prevenção das doenças crónicas e salienta a necessidade de intervenção na prevenção primária e secundária, a nível individual bem como ao nível social, na comunidade. A inevitabilidade de aprofundar conhecimentos e intervenções específicas no âmbito das doenças crónicas, como sendo o CM, conduz à procura de saberes específicos com o intuito de responder às diferentes necessidades de cuidados de suporte do utente.

Num estudo efetuado por Santos, Piccoli & Carvalho (2007), verifica-se que os doentes oncológicos entendem o procedimento cirúrgico de diferentes formas, sendo esse, reconhecido como um fenómeno gerador de stress, medo e ansiedade principalmente devido ao défice de conhecimento que, no geral, os doentes têm acerca das rotinas e normas hospitalares, procedimento anestésico-cirúrgico e do encaminhamento futuro da sua situação clínica. A ansiedade e o medo do desconhecido, por sua vez, agravam e/ou influenciam a forma como o doente “absorve” e entende toda a informação transmitida pela profissional de saúde. Para tal, é pertinente o papel do enfermeiro em contexto de consulta pós decisão terapêutica/pré-operatória, no ensino, clarificação e disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas, com o intuito de minimizar e/ou amenizar as possíveis alterações emocionais que possam surgir, sendo para tal fundamental a “entrevista minuciosa realizada anteriormente à cirurgia” (p.60).

OBJETIVOS/ QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, via EBSCO não foram encontradas qualquer tipo de revisões da literatura (publicadas ou a ser realizadas) neste âmbito temático. Desta forma, considerei relevante a realização de uma revisão *Scoping* da literatura, orientada pela metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) para *Scoping Reviews*, com o objetivo de mapear na literatura disponível o conhecimento existente acerca da importância da intervenção de enfermagem na fase pré-operatória e contribuir de forma estruturada e consolidada de forma a dar resposta ao problema encontrado: Quais as intervenções de enfermagem que contribuem para a capacitação da pessoa com cancro da mama na fase pré-operatória?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipo de Participantes

Na Revisão da literatura efetuada, foram apreciados artigos que incluíram pessoas adultas (com idade igual ou superior a 19 anos), de qualquer género e/ou etnia, com diagnóstico de cancro da mama, propostas para tratamento cirúrgico, constituindo a População desta revisão.

Conceito

Nesta Revisão *Scoping*, a mulher com cancro da mama constituiu o foco da atenção, no que refere às intervenções em enfermagem. Os principais objetivos, para além de, pretender encontrar respostas no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e garantir o seu bem-estar e segurança, foi ainda, identificar as principais necessidades educativas e de orientação das mulheres/família com CM e assim, conseguir apoiar, informar e preparar a mulher/família com CM para a cirurgia e, por fim, capacitar a mulher/família com CM para o Autocuidado, sempre com perspetiva na autonomia, reabilitação e prevenção de complicações. Assim, foi considerado como conceito de interesse para esta revisão *Scoping*, intervenções de enfermagem no período pré-operatório. Neste sentido, estudos que incluíram outros conceitos e que não se referiam ao período pré-operatório, nem a intervenções de enfermagem especificamente a mulheres com CM, foram excluídos desta revisão. O exercício profissional de enfermagem, insere-se no contexto de uma atuação multiprofissional. Assim sendo e de forma a não limitar a pesquisa, foram consideradas para esta Revisão, quer intervenções interdependentes, quer as intervenções autónomas, de acordo com o definido pela Ordem dos Enfermeiros (2001).

“... distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção” OE, 2001, p11).

Contexto

Nesta Revisão, foi apenas considerado o Bloco Operatório como contexto de cuidados. Considerei que os ensinamentos devem ser efetuados por enfermeiros do bloco operatório, que possuem um conhecimento mais abrangente e relevante, uma vez que são parte integrante da equipa cirúrgica.

Tipo de Estudos

De acordo com Sousa, Firmino, Vieira, Severino e Pestana (2019), a Revisão *Scoping*, constitui uma “avaliação preliminar do potencial âmbito e abrangência da literatura disponível” (p.50). Segundo os mesmos autores, procura ainda, identificar a “natureza e a extensão das evidências dos estudos” e, habitualmente incluem investigações que estão a decorrer. No que refere à análise, procura especificar uma revisão viável. Desta forma, foram considerados todos os tipos de estudos que respeitaram os critérios de inclusão referidos anteriormente. Para além disso, foram considerados também, artigos de opinião, relatórios e guidelines e/ou recomendações para a prática realizadas por peritos nesta área, não delimitando a pesquisa, ou seja, mapear e identificar as principais intervenções de enfermagem a realizar à mulher com cancro da mama na fase pré-operatória.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa pretende encontrar artigos publicados nos últimos 10 anos, escritos em português, inglês, espanhol e francês, com texto completo e gratuito, no que refere às intervenções de enfermagem no período pré-operatório, no contexto de cirurgia oncológica da mama, atendendo aos critérios de seleção já apresentados. Esta pesquisa foi realizada entre Maio de 2019 e Julho de 2019, efetuando-se uma pesquisa em três etapas: 1) pesquisa inicial de estudos publicados nas bases de dados MEDLINE With Full Text e CINAHL PLUS With Full Text, permitindo a análise das palavras contidas nos títulos e nos resumos, de modo a identificar as palavras-chave e os termos indexados; 2) foi realizada uma pesquisa em cada uma das bases de dados, utilizando todos os termos identificados em linguagem natural e termos indexados que respondam à questão de pesquisa e, por fim, 3) as referências bibliográficas de todos os artigos e relatórios/estudos identificados foram analisadas de modo a identificar estudos adicionais. Os artigos foram avaliados quanto à relevância para a revisão com base nas informações fornecidas no título, resumo e descritor/termos MeSH.

METODOLOGIA

A síntese de evidências sob a forma da revisão sistemática está no centro da prática baseada em evidência (Pearson, Wiechula, Court, e Lockwood, 2005). Diferentes objetivos e questões de revisão, exigem o desenvolvimento de novas abordagens que são projetadas para sintetizar, de forma mais efetiva e rigorosa, a evidência, sendo as revisões *Scoping* um destes tipos de abordagem (Peters, Godfrey, McInerney et al., 2015). A opção específica pela realização de uma revisão *scoping* fundamenta-se por ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de pesquisa, identificar lacunas na evidência existente, constituir um exercício preliminar que justifique e informe a realização de uma revisão sistemática da literatura (Peters, Godfrey, McInerney et al., 2015). Utilizando a estratégia Participantes, Conceito e Contexto (PCC), serão incluídos nesta revisão *Scoping* estudos que: a) quanto ao tipo de participantes, incluam mulheres adultas com cancro da mama propostas para cirurgia; b) quanto ao conceito, abordem intervenções de enfermagem no período pré-operatório, c) quanto ao contexto, incluam o período pré-operatório, bloco operatório. A tabela seguinte mostra de forma sucinta a escolha de palavras em linguagem natural e palavras indexadas nas duas bases de dados em utilização.

Tabela 1 – Participantes, Conceito e Contexto, na linguagem natural e indexada

	LINGUAGEM NATURAL	DESCRITORES MEDLINE	DESCRITORES CINAHL
P	Women	Women	Women
	Breast cancer	Breast neoplams	Breast neoplams
	Adult	Adult	Adult
C	Interventions	Nursing interventions	Cancer patients
	Preoperative period	Preoperative period	Nursing interventions
	Preoperative teaching	-	Preoperative period
	Preoperative care	Perioperative care	Teaching Perioperative
	Nursing teaching	-	Preoperative care
	Nursing consultation	-	Preoperative nursing
	Nursing oncological	Surgical oncology and Mastectomy, seg, simp, radical, subc, RM	Preoperative education
C	Operating room	Operating rooms	Breast surgery "lumpectomy"
	Perioperative period	Periopeartive period	Operating rooms
	Perioperative care	Perioperative care	-
	Perioperative nursing	Perioperative nursing	Perioperative care
			Perioperative nursing

EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados extraídos dos artigos selecionados, foram apresentados numa tabela de extração de resultados, organizados de forma concisa e coerente, sendo posteriormente agrupados em três principais grupos: Necessidades Psicossociais, Necessidades Educativas e Recomendações para a Sistematização e Operacionalização da Consulta Pré-Operatória. Assim, na Tabela 2, abaixo apresentada, encontram-se com os dados mapeados, que permitiam responder à questão do protocolo de revisão e, assim alcançar os objetivos desta Revisão *Scoping*.

Tabela 2 – Instrumento de Extração e Descrição dos Resultados MEDLINE e CINHAL

ARTIGO 44 – MEDLINE	
TÍTULO	1 - A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions.
AUTORES	Malley, Ann; Young, Gary
ANO DE PUBLICAÇÃO	2017
PAÍS DE ORIGEM	EUA, Philadelphia
METODOLOGIA	Estudo qualitativo descritivo, baseado em entrevistas estruturadas
OBJETIVOS	Explorar os principais problemas e desafios na transição de cuidados em contexto pré-operatório
CONCEITO	Intervenções do enfermeiro no pré-operatório, no que refere à importância da avaliação pré-operatória, informação necessária para preparar doente para a cirurgia, que processos se podem melhor neste contexto.
CONCLUSÕES	Transições eficazes no ambiente pré-operatório exigem que os enfermeiros superem barreiras da prática para promover um bom trabalho em equipe. O atendimento pré-operatório, que é um produto de prestadores e pacientes bem informados, pode melhorar todo o processo de atendimento perioperatório e potencialmente influenciar os resultados do paciente no pós-operatório.

ARTIGO 146 – MEDLINE	
TÍTULO	2 - Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva
AUTORES	Sena, Adnairdes; Nascimento, Eliane R.P.; Maia, Ana R.C.R.
ANO DE PUBLICAÇÃO	2013
PAÍS DE ORIGEM	Brasil, Florianopolis
METODOLOGIA	Estudo descritivo, análise qualitativa, entrevista semiestruturada
OBJETIVOS	Analisar os cuidados dos enfermeiros com os pacientes, no cotidiano da prática profissional, no período pré-operatório imediato de cirurgia eletiva.
CONCEITO	Ensinos de enfermagem no período pré-operatório
CONCLUSÕES	Os cuidados foram direcionados aos aspetos físicos em detrimento do psicológico.
ARTIGO 219 – MEDLINE	
TÍTULO	3 - Same-Day Breast Cancer Surgery: A Qualitative Study of Women’s Lived Experiences
AUTORES	Greenslade, M. Vitoria; Elliot, Barbara; Mandville-Anstey, Sue
ANO DE PUBLICAÇÃO	2010
PAÍS DE ORIGEM	Canadá
METODOLOGIA	Análise temática de entrevista estruturadas, estudo Qualitativo
OBJETIVOS	Compreender as experiências de mulheres submetidas à cirurgia de cancro de mama e fazer recomendações para ajudar os profissionais de saúde a efetuar mudanças para melhorar a qualidade do atendimento.
CONCEITO	Intervenções de enfermagem no pré-operatório
CONCLUSÕES	Embora a cirurgia ambulatória para doentes com cancro da mama não seja adequada para todos os pacientes, as mulheres submetidas a esse tipo de cirurgia devem ser avaliadas individualmente para determinar se é apropriado para elas. Devem ser preparados adequadamente com educação oportuna. Mais importante ainda, essas mulheres devem receber acompanhamento de enfermagem para avaliação, educação continuada e apoio psicossocial.

ARTIGO 229 – MEDLINE	
TÍTULO	4 - Benefits of Preoperative Education for Adult Elective Surgery Patients
AUTORES	Kruzik, Nancy
ANO DE PUBLICAÇÃO	2009
PAÍS DE ORIGEM	EUA, Pensilvânia (Schnecksville)
METODOLOGIA	Revisão da Literatura
OBJETIVOS	Demonstrar que ter um programa pré-operatório bem planeado pode melhorar os outcomes do paciente e a satisfação com a experiência cirúrgica.
CONCEITO	Benefício das intervenções de enfermagem no pré-operatório.
CONCLUSÕES	Um programa de educação pré-operatório bem projetado deve incluir as necessidades de ensinamentos/ informação dos pacientes desde a decisão terapêutica cirúrgica, até a instruções de preparação para o pós-operatório. O programa também deve levar em consideração as percepções do paciente.

ARTIGO 3 – CINHAL	
TÍTULO	5 - Necessidades das mulheres com cancro de mama no período pré-operatório.
AUTORES	Giovanna Paola Trescher, Lúcia Nazareth Amante, Luciana Martins da Rosa, Juliana Balbinot Reis Girondi, Ana Inez Severo Varela, Julieta Oro, Joel Mancia Rolim, Maristela Jeci dos Santos
ANO DE PUBLICAÇÃO	2019
PAÍS DE ORIGEM	Brasil, Florianópolis
METODOLOGIA	Estudo Qualitativo, descritivo

OBJETIVOS	Conhecer as necessidades de cuidados no período pré-operatório para a ressecção tumoral na perceção de mulheres com câncer de mama e enfermeiros.
CONCEITO	Necessidades psicossociais e educativas das mulheres com cancro da mama e Recomendações para a operacionalização da consulta de Enfermagem.
CONCLUSÕES	A sistematização de uma consulta de Enfermagem, as orientações e intervenções de enfermagem realizadas face às necessidades de cuidados às mulheres com cancro da mama no período pré-operatório proporciona grandes benefícios.
ARTIGO 24 – CINHAL	
TÍTULO	6 - Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola.
AUTORES	Mirian Marques Vieira ¹ , Danielle Martins do Nascimento Oliveira ² , Marisaulina Wanderley Abrantes de Carvalho ³ , Maria Miriam Lima da Nóbreg ⁴
ANO DE PUBLICAÇÃO	2016
PAÍS DE ORIGEM	Brasil, Paraíba
METODOLOGIA	Estudo exploratório descritivo, de abordagem quanti-qualitativa.
OBJETIVOS	Identificar os diagnósticos, os resultados e as intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados na clínica cirúrgica
CONCEITO	Intervenções e diagnósticos de enfermagem em contexto de consulta pré-operatória.
CONCLUSÕES	A identificação dos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, proporcionam um cuidado sistemático, individualizado e de qualidade, contribuindo para resultados positivos no quadro de saúde do paciente cirúrgico.
ARTIGO 25 – CINHAL	
TÍTULO	7 - The effect of personnel primary communication on the pre-operative anxiety of patients admitted to operating room.
AUTORES	Samira Abbasi, Leila Akbari
ANO DE PUBLICAÇÃO	2015
PAÍS DE ORIGEM	Irão, Isfahan

METODOLOGIA	Estudo misto, análise quantitativa e qualitativa.
OBJETIVOS	Avaliar a comunicação primária acerca da ansiedade pré-operatória de pacientes em salas de cirurgia
CONCEITO	Intervenções e diagnósticos de enfermagem em contexto de consulta pré-operatória.
CONCLUSÕES	A comunicação primária eficaz do pessoal pode reduzir a ansiedade pré-operatória dos pacientes propostos para cirurgia. Os resultados mostram que no pós-operatório a diferença do nível de ansiedade é muito menor em pacientes com intervenção especializada de enfermagem no pré-operatório.
ARTIGO 27 – CINHAL	
TÍTULO	8 - The collaborative development of a pre-operative checklist: An e-Delphi study.
AUTORES	Katherine Murphy, Kim Walker, Jed Duff, Robyn Williams
ANO DE PUBLICAÇÃO	2016
PAÍS DE ORIGEM	Austrália, Darlinghurst
METODOLOGIA	Estudo qualitativo e-Delphi.
OBJETIVOS	O objetivo deste estudo foi identificar quais itens devem ser incluídos em uma lista de verificação pré-operatória com base em recomendações de enfermeiros especialistas, a fim de promover a segurança do paciente e a comunicação eficaz no ambiente perioperatório.
CONCEITO	Intervenções de enfermagem especializada no período pré-operatório, através da criação de uma checklist para orientação.
CONCLUSÕES	Os 46 itens que alcançaram consenso foram condensados em uma lista de 25 itens categorizados em: 1. Verificação de pacientes e procedimentos; 2. Preparação; e 3. Avaliações. Os resultados deste estudo fornecem uma base de evidências para o desenvolvimento de listas de verificação pré-operatórias, para promover a segurança do paciente e a comunicação eficaz no ambiente perioperatório.
ARTIGO 29 – CINHAL	
TÍTULO	9 - O ensino pré-operatório na perspetiva de pacientes oncológicos

AUTORES	Aliny Cristini Pereira, Vanice Lopes Soares, Tatiana Mara da Silva Russo, André Aparecido da Silva Teles, Nariman de Felício Bortucan Lenza, Helena Megumi Sonobe
ANO DE PUBLICAÇÃO	2016
PAÍS DE ORIGEM	Brasil, Ribeirão Preto
METODOLOGIA	Estudo exploratório de abordagem qualitativa.
OBJETIVOS	Analisar as expectativas dos pacientes oncológicos sobre as informações pré-operatórias fornecidas pelos profissionais da saúde
CONCEITO	Necessidades de informação do doente oncológico/família no período pré-operatório.
CONCLUSÕES	As necessidades de informações pré-operatórias identificadas foram: ensinamentos para “nivelar” expectativas, diminuição de ansiedade e estabelecimento de vínculo com os profissionais, mas sinalizaram a necessidade de melhorias nestas intervenções.
ARTIGO 40 – CINHAL	
TÍTULO	10 - Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário
AUTORES	Andréia Cristina Barbosa; Fábio de Souza Terra; João Batista Vieira de Carvalho
ANO DE PUBLICAÇÃO	2014
PAÍS DE ORIGEM	Brasil, Minas Gerais
METODOLOGIA	Estudo quantitativo, descritivo.
OBJETIVOS	Identificar os sentimentos vividos no período perioperatório, verificar a existência das orientações pré-operatórias e a satisfação dos pacientes quanto à assistência prestada.
CONCEITO	Principais intervenções especializadas de enfermagem no pré-operatório e pontos a melhorar.
CONCLUSÕES	Os resultados revelam que, no período pré-operatório, 68% dos entrevistados apresentaram sentimentos de medo, e 32% não receberam nenhuma orientação. Quanto à assistência prestada, 17% apresentaram queixas. Os dados mostraram que há necessidade de melhoria das ações e de atitudes voltadas para a humanização da assistência ao cliente.

ARTIGO 42 – CINHAL	
TÍTULO	11 - Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia
AUTORES	Karla Tamyres Santos do Nascimento, Leila de Cássia Tavares da Fonsêca, Smalyanna Sgren da Costa Andrade, Kamila Nethielly Souza Leite, Ana Aline Lacet Zaccara, Solange Fátima Geraldo da Costa
ANO DE PUBLICAÇÃO	2014
PAÍS DE ORIGEM	Brasil, Paraíba
METODOLOGIA	Estudo exploratório, qualitativo.
OBJETIVOS	Investigar a atuação da equipe multiprofissional, no que tange a preparação de mulheres em pré-operatório de mastectomia
CONCEITO	Principais intervenções especializadas de enfermagem no pré-operatório.
CONCLUSÕES	Surgem quatro ideias centrais, destacando a atuação da equipe multiprofissional, contemplando orientações pertinentes ao procedimento cirúrgico, orientações pré-operatórias e apoio psicológico, espiritual e nutricional.
ARTIGO 49 – CINHAL	
TÍTULO	12 - Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer
AUTORES	Doreen E. Dawe, Lorna R. Bennett, Anne Kearney, and Doreen Westera
ANO DE PUBLICAÇÃO	2014
PAÍS DE ORIGEM	Canadá, St. John's, NL
METODOLOGIA	Estudo quantitativo, descritivo.
OBJETIVOS	Identificar necessidades informacionais e emocionais de mulheres submetidas a cirurgia por cancro de mama.
CONCEITO	Intervenções de enfermagem no pré-operatório.

CONCLUSÕES	Vários aspetos que merecem atenção tais, como a quantidade e o momento da entrega das informações, a alta hospitalar e a necessidade de apoio, articulação com a enfermagem na comunidade e follow-up.
ARTIGO 50 – CINHAL	
TÍTULO	13 - Telephone pre-operative assessment for adults: reviewing the evidence through systematic review
AUTORES	Sue Ireland, Bridie Kent
ANO DE PUBLICAÇÃO	2013
PAÍS DE ORIGEM	Austrália, Victoria e Plymouth
METODOLOGIA	Revisão Sistemática da Literatura.
OBJETIVOS	Apresentar um resumo de uma revisão sistemática das evidências relacionadas à avaliação pré-operatória por telefone.
CONCEITO	Intervenções de enfermagem no pré-operatório.
CONCLUSÕES	Os resultados de interesse foram os seguintes: conhecimento do paciente e expectativas de sua cirurgia e anestesia; conformidade com os preparativos pré e pós-operatórios; seus níveis de medo e ansiedade; e redução de cancelamentos no dia da cirurgia. Esta revisão também examinou as experiências e a satisfação dos pacientes com a avaliação pré-operatória por telefone.
ARTIGO 61 – CINHAL	
TÍTULO	14 - Percepções do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da assistência de enfermagem
AUTORES	Ascari, Rosana; Neiss, Mariluci; Satori, Angela; Silva, Olcani; Ascari, Tânia; Galli, Kíciosan
ANO DE PUBLICAÇÃO	2013
PAÍS DE ORIGEM	Brasil, Santa Catarina
METODOLOGIA	Estudo qualitativo.

OBJETIVOS	Descrever a perceção do paciente cirúrgico no período pré-operatório acerca da intervenção de enfermagem
CONCEITO	Intervenções de enfermagem no pré-operatório.
CONCLUSÕES	Emergiram quatro categorias: Conhecimento acerca do procedimento cirúrgico; o cuidado e a enfermagem; sentimentos identificados no período pré-operatório e intervenções de enfermagem no período pré-operatório.

ARTIGO 71 – CINHAL

TÍTULO	15 - The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study
AUTORES	Yazile Sayin, Güler Aksoy,
ANO DE PUBLICAÇÃO	2012
PAÍS DE ORIGEM	Turquia, Sivas
METODOLOGIA	Estudo não-experimental, transversal, descritivo.
OBJETIVOS	Determinar que informação foi exigida pelos pacientes perioperatórios e seus familiares, até que ponto essas informações foram fornecidas e o papel que os enfermeiros desempenham nesse processo.
CONCEITO	Intervenções de enfermagem no pré-operatório.
CONCLUSÕES	Os pacientes e seus familiares queriam receber mais informações sobre o processo cirúrgico do que haviam recebido. Os pacientes queriam mais informações sobre o período intraoperatório, enquanto os familiares queriam mais informações sobre o período pós-operatório. Também descobrimos que os enfermeiros estavam cientes de que não desempenhavam um papel efetivo no fornecimento de informações aos pacientes e familiares devido à falta de conhecimento sobre quais informações eles eram responsáveis pelo fornecimento e à insuficiência de funcionários. Concluímos que os enfermeiros devem saber de que educação são responsáveis, dar mais esforço para entender as necessidades de informações de pacientes e familiares e planejar um meio melhor de fornecer informações para atender a essas necessidades.

RESULTADOS

Da pesquisa efetuada foram selecionados para análise integral um total de 328 artigos, não repetidos, com a utilização dos filtros “full text” e artigos com datas entre “janeiro de 2009 e julho de 2019”, em ambas as bases de dados CINAHL e MEDLINE. Destes 328 artigos foi realizada uma análise ao abstract e palavras-chave, atendendo aos critérios de seleção definidos anteriormente e assim foram encontrados 15 artigos com a melhor evidência disponível, relativa à questão de investigação. Foram excluídos um total de 313 artigos completos, não elegíveis para esta Revisão, (n=125) por não incluírem a população pretendida, (n= 127) por não constituírem o conceito pretendido e 1 artigo sem full-text, mas cujo título e abstract também não se enquadravam, nem na população, nem no conceito. O fluxograma prisma apresentado de seguida na figura 1, mostra de forma esquemática, os resultados definitivos encontrados.

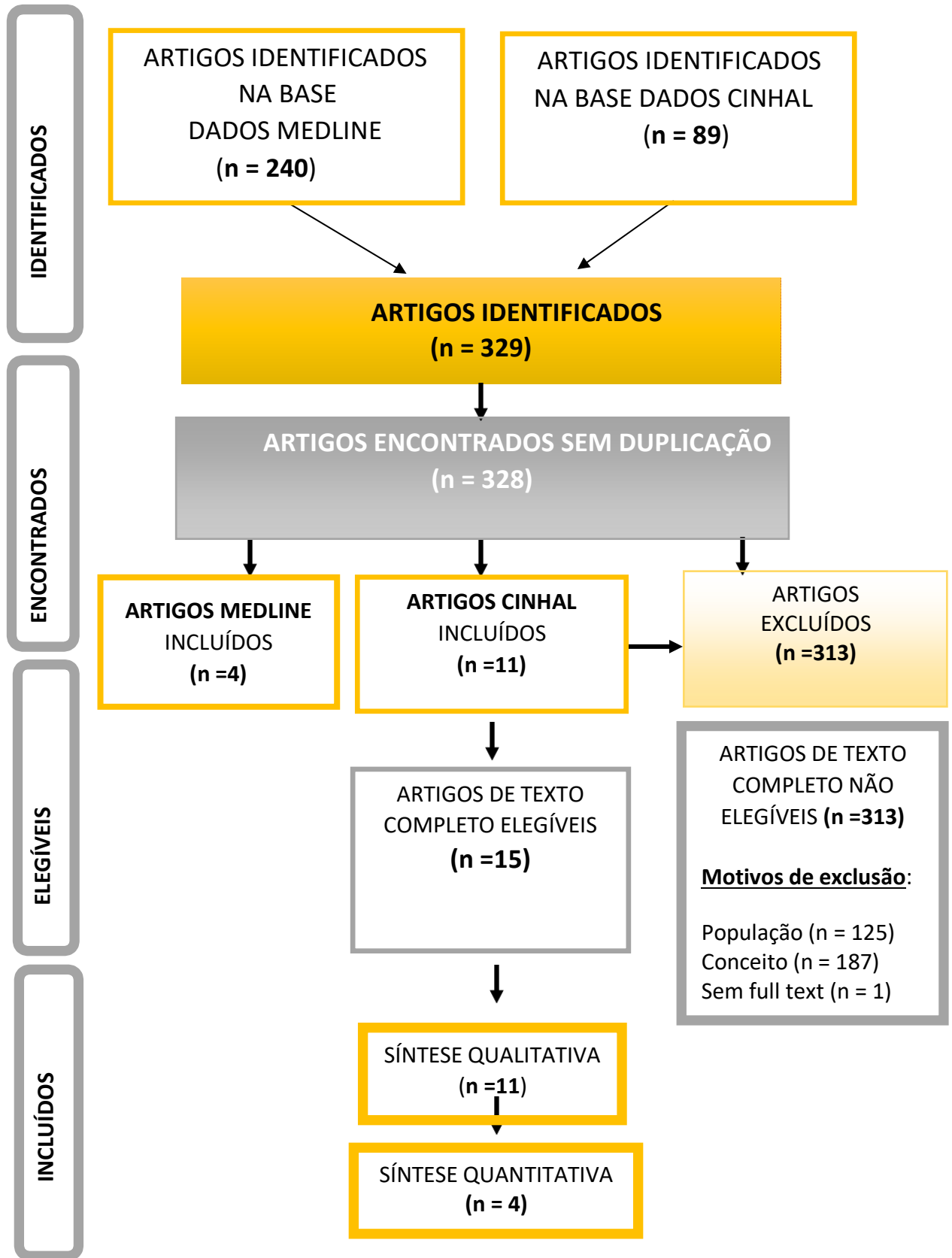


fig. 1 – Fluxograma Prisma Adaptado de: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009)

Os documentos elegíveis para a revisão *Scoping* foram publicados entre 2009 e 2019, sete estudos dos quais no Brasil, dois na Austrália, Canadá e EUA e um na Turquia e Irão. No que refere ao desenho do estudo, foram selecionadas duas Revisões Sistemáticas da Literatura, sendo os restantes artigos apresentados de acordo com o descrito pelos autores. Dos artigos selecionados, onze foram publicados em revistas e jornais científicos de enfermagem, dois dos quais, em revistas de enfermagem perioperatória; dois em revistas científicas de oncologia e dois na revista da AORN - Association of periOperative Registered Nurses.

Na Tabela 3, apresentada de seguida, indica-se a organização dos estudos incluídos na Revisão *Scoping* de acordo com o ano e país de publicação, bem como o desenho do estudo.

Tabela 3 – Organização dos estudos incluídos na Revisão da Literatura

Autores	Ano	País	Desenho do estudo	Nº de Estudos por ano	Nº de Estudos por país	Nº de Estudos por desenho
Trescher, Giovanna Paola; Amante, Lúcia Nazareth; Rosa, Luciana Martins; Girondi, Juliana Balbinot; Varela, Ana Inez Severo; Oro, Julieta; Rolim, Joel Mancia; Santos, Maristela Jeci.	2019	BRASIL	Estudo Qualitativo, descritivo.	1	7	1
Pereira, Aliny Cristini; Soares, Vanice Lopes; Russo, Tatiana Mara da Silva; Teles, André Aparecido da Silva; Lenza, Nariman de Felício Bortucan; Sonobe, Helena Megumi.	2016	BRASIL	Estudo exploratório de abordagem qualitativa	2		1
Vieira, Mirian Marques; Oliveira, Danielle Marisaulina Carvalho, Wanderley; Nóbrega, Maria Miriam.	2016	BRASIL	Estudo exploratório descritivo, de abordagem quanti-qualitativa.			1
Barbosa, Andréia Cristina; Terra, Fábio de Souza; Carvalho, João Batista Vieira.	2014	BRASIL	Estudo quantitativo, descritivo.	1		1

Nascimento, Karla Tamyres Santos; Fonsêca, Leila de Cássia Tavares; Andrade, Smalyanna Sgren; Leite,	2014	BRASIL	Estudo exploratório, qualitativo.	2		1
Kamila Nethielly Souza; Zaccara, Ana Aline Lacet Costa, Solange Fátima Geraldo.						
Sena, Adnairdes; Nascimento, Eliane; Maia, Ana.	2013	BRASIL	Estudo descritivo, análise qualitativa , entrevista semiestruturada	2		1
Ascari, Rosana; Neiss, Mariluci; Satori, Angela; Silva, Olcani; Ascari, Tânia; Galli, Kiciosan	2013	BRASIL	Estudo qualitativo.			1
Murphy, Katherine; Walker, Kim; Duff, Jed; Williams, Robyn.	2016	AUSTRÁLIA	Estudo qualitativo e-Delphi	1	2	1
Ireland, Sue; Kent, Bridie.	2013	AUSTRÁLIA	Revisão Sistemática da Literatura.	1		1
Dawe, Doreen E.; Bennett, Lorna R. Kearney, Anne; Westera, Doreen.	2014	CANADÁ	Estudo quantitativo, descritivo.	1		1
Greenslade, M. Vitoria; Elliot, Barbara; Mandville-Anstey, Sue.	2010	CANADÁ	Análise temática de entrevista estruturadas, estudo Qualitativo.	1	2	1
Malley, Ann; Young, Gary	2017	EUA	Estudo qualitativo descritivo, baseado em entrevistas estruturadas.	1	2	1
Kruzik, Nancy.	2009	EUA	Revisão da literatura	1		1

Sayin, Yazile; Aksoy, Güler.	2012	TURQUIA	Estudo não-experimental, transversal, descritivo.	1	1	1
Abbasi, Samira; Akbari, Leila.	2015	IRÃO	Estudo misto, análise quantitativa e qualitativa	1	1	1

Pode ser observado na Tabela 4 a compilação dos principais resultados e seus autores.

Tabela 4 – Principais Resultados Extraídos e autores

PRINCIPAIS RESULTADOS	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AUTORES
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
Esclarecer de dúvidas, preocupações, ansiedades e medos.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013)
Acolher e pessoa/familiar de referência a acompanhar.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Sena, Nascimento e Maia (2013); Greensdale, Elliot e Anstey (2010); Greensdale, Elliot e Anstey (2010)
Identificar e aplicar estratégias de suporte nesta área.	Abbasi e Akbari (2015)
Nivelar expectativas, perspetivando o pós-operatório.	Pereira, Soares, Russo et al (2016)

Dar espaço para manifestar receios e dúvidas.	Pereira, Soares, Russo et al (2016); Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009)
Prestar/promover apoio emocional/psicológico/espiritual/físico.	Vieira, Oliveira, Carvalho e Nóbrega (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013)
Promover a satisfação da pessoa/família.	Ireland e Kent (2013)
NECESSIDADES EDUCATIVAS	
Educar para a saúde relativamente ao procedimento cirúrgico e consentimento informado.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013), Sena, Nascimento e Maia (2013); Sayin e Aksoy (2012)
Educar para a saúde no pré-operatório perspetivando o pós-operatório – diversos pré-requisitos: (Preparação da pele e tricotomia, Higiene oral e corporal, Jejum, Pré-medicação, exames complementares, vestuário no bloco, drenos, cateteres, equipamentos, medicação/transfusões, cuidados a ter em casa pós-op.).	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013); Sayin e Aksoy (2012); Greensdale, Elliot e Anstey (2010); Kruzyc (2009)
Fornecer informação de forma objetiva, específica, suficiente, adaptada e adequada.	Pereira, Soares, Russo et al (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013)
Fornecer informação escrita.	Pereira, Soares, Russo et al (2016); Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009)
Informar acerca dos direitos dos doentes oncológicos.	Pereira, Soares, Russo et al (2016)

Desmistificar e clarificar informação.	Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016)
Informar acerca do ambiente cirúrgico (imagens), tempo previsto de cirurgia, recobro e quando volta à enfermaria.	Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013), Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009)
Informar acerca do procedimento anestésico.	Malley e Young (2017); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013); Sayin e Aksoy (2012)
Informar acerca de normas e rotinas.	Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Sena, Nascimento e Maia (2013)
Orientar para dieta e medicação pós-operatória.	Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Sayin e Aksoy (2012)
Realizar consulta/ fornecer informação no Timing certo.	Malley e Young (2017); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Greensdale, Elliot e Anstey (2010); Kruzyc (2009)
Informar acerca do posicionamento cirúrgico.	Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sayin e Aksoy (2012)
RECOMENDAÇÕES PARA SISTEMATIZAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA	
Formar Profissionais especializados na área.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Sayin e Aksoy (2012)
Promover Escuta atenta.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019)
Promover Comunicação terapêutica.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Malley e Young (2017); Vieira, Oliveira, Carvalho e Nóbrega (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013)
Salientar a Importância da consulta de enfermagem. (Diminuição do cancelamento cirúrgico).	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Malley e Young (2017); Ireland e Kent (2013), Ireland e Kent (2013); Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009)
Realizar colheita de dados (informação sobre o doente e procedimento).	Murphy, Walker, duff e Williams (2016)

Construir o Processo de enfermagem.	Vieira, Oliveira, Carvalho e Nóbrega (2016); Murphy, Walker, Duff e Williams (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013); Kruzyc (2009)
Realizar diagnósticos de enfermagem.	Vieira, Oliveira, Carvalho e Nóbrega (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014), Ascari, Neiss, Sartori et al (2013)
Preparar do doente para a cirurgia.	Murphy, Walker, duff e Williams (2016)
Elaborar uma Checklist de intervenções (Próteses, adornos e esmaltes; Alergias a medicamentos, alimentos, materiais (Látex), exames, entre outros pré-requisitos.)	Murphy, Walker, duff e Williams (2016); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013); Kruzyc (2009)
Estabelecer uma relação de confiança.	Barbosa, Terra e Carvalho (2014)
Assistir às Reuniões multidisciplinares e participar/fomentar a Coordenação da Equipa multidisciplinar.	Malley e Young (2017); Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Kruzyc (2009)
Informar acerca das Principais complicações e o que é expectável.	Sayin e Aksoy (2012)
Construir documentos escritos de apoio ao ensino/esclarecimentos.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019)
Promover o acompanhamento/seguimento.	Greensdale, Elliot e Anstey (2010)
Fornecer contactos da consulta/serviço.	Kruzyc (2009)
Realizar Sessões conjuntas de Esclarecimento para doentes propostos para cirurgia.	Kruzyc (2009)
Avaliar a consulta/feedback.	Kruzyc (2009)

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De acordo com a análise dos dados extraídos, foi possível organizar por categorias, as intervenções do enfermeiro especialista em 3 áreas fundamentais, no que refere à intervenção especializada na capacitação da mulher/família com cancro da mama. Assim, de acordo com a evidência da literatura, o enfermeiro possui um papel determinante no apoio e ensino a esta dade, no que diz respeito a necessidades psicossociais e necessidades educativas, sendo também evidente na literatura, a importância atribuída à sistematização e operacionalização da consulta pré-operatória.

De acordo com a revisão da literatura efetuada, foi possível constatar que a mulher/família com o diagnóstico de cancro da mama, revela alterações do estado emocional significativas. A dificuldade na aceitação do diagnóstico, a incerteza quanto ao futuro e à cura da doença ou, a proposta de uma cirurgia, acarretam transformações multidimensionais, nomeadamente ao nível físico, psicológico, emocional e espiritual. Transformações estas que se repercutem na rotina diária, salientando a fragilidade e insegurança da mulher face à situação que está a viver, que por sua vez influenciam as expectativas criadas acerca da trajetória da doença oncológica.

Neste sentido, o papel do enfermeiro especialista, assume-se no contexto da enfermagem oncológica não apenas, através de validação de aspetos físicos e estruturais do ambiente de cuidados, mas principalmente em elementos de cultura, liderança e avaliação de forças externas e internas identificadas na literatura e que “moldam” as condições ou as circunstâncias do ambiente da prática de cuidados (Bakker, Strickland, MacDonald, Butler, Fitch, Olson, e Cummings, 2013).

Necessidades Psicossociais

Para Trill (2013), a notícia de uma cirurgia oncológica pode despoletar ou piorar sentimentos de ansiedade e estes tendem a ser recorrentes em alturas “críticas” do curso da doença, que vai desde o diagnóstico, ao início e fim de tratamentos, à presença exacerbada ou não de sintomas, à recorrência da doença, à sobrevivência até à fase terminal.

Num estudo realizado por Sena, Nascimento e Maia (2013), verifica-se que o principal foco dos cuidados prestados pelos enfermeiros no pré-operatório, tem-se centrado

fundamentalmente em aspetos físicos em detrimento dos psicológicos, nomeadamente, os relacionados com a orientação e preparação cirúrgica do doente. Ziguer, Bartoli e Prates, (2016) salientam a necessidade de uma abordagem profissional holística, que não contemple a doença somente numa perspetiva física, mas também valorize o apoio familiar e considere a mulher e sua família em todas as suas multidimensões.

Assim e, segundo Arraras, Greimel, Sezer, Chie, Bergenmar, Costantini, ... Velikova (2010), os esclarecimentos e/ou informações fornecidas acerca da doença e seu tratamento, constituem a base dos cuidados de suporte aos doentes oncológicos, uma vez que esses passam a beneficiar da tomada de decisão partilhada, de maior satisfação com os cuidados prestados, de melhoria na sensação de controlo em todo o processo, da redução dos níveis de ansiedade, da melhoria da comunicação com o enfermeiro/equipa e família e ainda de uma melhoria no que refere à qualidade de vida.

Ziguer et al (2016), referem ainda, que diante uma fase de inseguranças e angústias, na qual estão imersos inúmeros sentimentos e expectativas relativos à doença, ao tratamento e seus desfechos, o apoio familiar apresenta-se como um aspeto valorizado pelas mulheres com cancro de mama. Ainda segundo os mesmos autores, depreende-se que cabe ao enfermeiro estabelecer um vínculo e fornecer um cuidado, a partir de uma visão holística, que possibilite à mulher e sua família manifestarem seus sentimentos e expectativas no que refere a esse processo, e assim, minimizar as angústias e os sofrimentos causados pela doença.

No que refere à intervenção do enfermeiro na consulta pré-operatória, é referida a importância do acolhimento a estas mulheres e sua família e a preocupação pela existência de uma pessoa/familiar de referência que acompanha a mulher durante o processo de tratamento (Trescher, Amante, Rosa, Girondi, Varela, Oro e Santos (2019); Pereira, Soares, Russo, Teles, Lenza, e Sonobe (2016); Dawe, Bennet, Kearney e Westera (2014); Sena et al (2013); Greensdale, Elliot e Anstey (2010). Por outro lado, nivelar expectativas, perspetivando o pós-operatório (Pereira et al. 2016) e o dever de esclarecer dúvidas, minimizar preocupações, ansiedades e medos, constitui outro dos pontos abordados pela literatura, como fundamentais no atendimento à mulher com cancro da mama, proposta para cirurgia (Trescher et al (2019); Pereira et al (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari et al (2013)).

Para Abbasi e Akbari (2015), a comunicação eficaz pode reduzir a ansiedade pré-

operatória dos pacientes propostos para cirurgia e os resultados mostram que no pós-operatório a diferença do nível de ansiedade é muito menor em pacientes com intervenção especializada de enfermagem no pré-operatório. A ansiedade pré-operatória presente no paciente cirúrgico, causa alterações fisiológicas negativas, relacionados com a liberação de adrenalina, causando vasoconstrição, taquicárdia e aumento da pressão arterial (Ireland e Kent, 2013). Sabe-se ainda, que a quantidade de agentes anestésicos utilizados na anestesia, aumenta gradualmente no paciente ansioso ou sob stress cirúrgico. Assim, e de acordo com os mesmos autores, é importante que a ansiedade pré-operatória seja abordada, identificada e minimizada de forma a otimizar o estado fisiológico do paciente durante e após a cirurgia.

Ireland e Kent (2013) analisam ainda na revisão da literatura que efetuaram, que a avaliação psicossocial pré-operatória por telefone pode ser tão eficaz quanto a avaliação presencial na redução das taxas de cancelamento da cirurgia, redução da ansiedade, previsibilidade dos fatores de risco do paciente, preparação e identificação de experiências cirúrgicas anteriores. No entanto, alertam para a escassez de pesquisas nesta área, sendo fundamental investigar o impacto da avaliação pré-operatória por telefone nomeadamente, acerca da sua eficácia e significado para os utentes, acrescentando, no entanto, a importância da satisfação dos mesmos perante este tipo de avaliação.

Trescher et al (2019), mencionam ainda, a necessidade de orientação e esclarecimento de dúvidas, preocupações, ansiedades e medos, a necessidade de se sentirem acolhidas, onde incluem a presença de um familiar/pessoa de referência e a importância de profissionais especializados nesta área, como um aspeto crucial a ser atendido no que refere às necessidades psicossociais da mulher com cancro da mama.

Por fim, no que refere às necessidades psicossociais, Vieira, Oliveira, Carvalho e Nóbrega (2016); Barbosa et al (2014); Nascimento et al (2014); Dawe et al (2014); Ascari et al (2013); Sena et al (2013), salientam também eles, a relevância do suporte fornecido pelo enfermeiro no que concerne ao apoio emocional/psicológico/espiritual e físico.

Em suma, sendo a ansiedade um diagnóstico frequente na generalidade dos utentes com cirúrgica oncológica, Barbosa et al (2014), aponta o stress cirúrgico com influência direta na recuperação pós-operatória, sendo por isso fundamental uma abordagem integral, com vista à prevenção das complicações pós-cirúrgicas e à promoção de apoio emocional,

Necessidades Educativas

Neste âmbito, múltiplas são as intervenções reconhecidas como cruciais para a orientação pré-operatória e capacitação da mulher no pós-operatório, realçando a importância da educação/ensino relativamente ao procedimento cirúrgico em si e alertando para o consentimento informado livre e esclarecido (Trescher et al (2019); Malley e Young (2017); Pereira et al (2016); Barbosa et al (2014); Nascimento et al (2014); Ascari et al (2013), Sena et al (2013); Sayin e Aksoy (2012)).

Outro dos aspetos muito focados na literatura, assinala a educação para a saúde no pré-operatório com a perspetiva do pós-operatório enumerando diversos pré-requisitos, tais como: preparação da pele e tricotomia, higiene oral e corporal, jejum, pré-medicação, exames complementares pré-operatórios, vestuário no bloco, a possibilidade de vir a ter drenos, catéteres ou outros dispositivos no pós-operatório, equipamentos utilizados, medicação/transfusões, cuidados a ter em casa no pós-operatório, entre outros, atendendo às necessidades de esclarecimento e capacidade para perceber e integrar estes ensinamentos no contexto da doença atual (Trescher et al (2019); Malley e Young (2017); Pereira et al (2016); Nascimento et al (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari et al (2013); Sena et al (2013); Sayin e Aksoy (2012); Greensdale et al (2010); Kruzyc (2009)).

Barbosa et al (2014), afirmam que deve ser fornecida informação relativamente às normas e rotinas, tratamento cirúrgico, mostrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, construindo desta forma uma relação de confiança e comunicação terapêutica. Estes autores, referem ainda que, devem-se levantar as necessidades de conhecimento e esclarecimento dos pacientes, respeitando o nível de instrução de cada um para que a comunicação seja eficaz, e, assim, quanto maior o entendimento menor é o nível de ansiedade nesse período.

No contexto da consulta pré-operatória, Ascari et al (2013), acrescentam que a mesma deve ser planeada e padronizada, sendo fundamental individualizar os cuidados e orientações no pré-operatório, promovendo, assim, o apoio educativo desejável (físico e psicológico) ao paciente cirúrgico. Os mesmos autores acrescentam que, o conhecimento que o enfermeiro especialista tem da perceção do doente cirúrgico face ao período pré-operatório torna-se preponderante, demonstrando que os cuidados de suporte realizados, só podem ser efetuados através da sistematização da consulta de enfermagem, aliada a uma rotina de orientações e/ou intervenções.

Nesta categoria, cabe ainda salientar a importância do fornecimento da informação pré-operatória certa, no momento certo e na medida certa, ou seja, informação objetiva, específica, suficiente, adaptada e adequada à pessoa e situação de cuidados (Pereira et al (2016); Barbosa et al (2014); Dawe et al (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari et al (2013).

Dawe et al (2014) referem no seu estudo que, as mulheres referiram como relevante o momento em que receberam a informação pré-operatória, sendo que, sentiram que receber informações pouco antes da cirurgia foi angustiante e, que, ou não conseguiam concentrar-se na informação transmitida, ou não absorviam a informação e/ou a esqueciam rapidamente.

De acordo com o estudo efetuado pelos autores Sayin e Aksoy (2012), a maioria dos pacientes cirúrgicos e seus familiares relataram que receberam informações apenas através de uma breve descrição oral (84,8%) e 68,3% acreditavam que precisavam de muito mais informações do que aquelas que foram fornecidas. A maioria dos participantes (88,1%), expressou que as informações fornecidas estavam relacionadas essencialmente com a preparação da pele, nutrição, anestesia e tratamentos, referindo ainda que esperavam que as informações estivessem livres de termos técnicos/médicos elaborados, por vezes geradores de maior ansiedade, pelo desconhecimento do seu significado, recomendando a utilização de uma linguagem compreensível e acessível (58,4%), acrescentando a importância de uma sessão de informações que proporcionasse ensino com imagens/figuras e explicações, num ambiente calmo, no qual eles pudessem discutir as informações fornecidas e esclarecer dúvidas (78,9%). Para tal, é elementar entender e considerar o paciente cirúrgico e seus familiares como uma unidade e, assim, colaborar com outros profissionais de saúde em equipa de modo a que os resultados perioperatórios desejados possam ser alcançados.

A forma como a informação é transmitida e abordada é tão importante como a determinação das necessidades de informação das mulheres com cancro de mama, cabendo ao enfermeiro especialista, intervir como uma fonte primária e fidedigna de informação, apresentando documentos escritos de apoio à educação do paciente/família na consulta de enfermagem, permitindo tempo e oportunidade de esclarecimento de dúvidas (Sayin e Aksoy, 2012). Os mesmos autores, relatam que as necessidades de informação dos pacientes cirúrgicos não podem ser adequadamente atendidas através de métodos de ensino pré-operatórios inadequados e organização insuficiente, acrescentando o valor de questionários de autoavaliação, avaliação e de satisfação, cuja análise e reflexão na prática, potencia a melhoria

dos cuidados a serem prestados.

Ainda de acordo com os mesmos autores, a observação destes pontos, respetivos ensinamentos e suporte emocional e físico, permitem à mulher e sua família compreender e aprender acerca do ambiente e percurso cirúrgico e assim resultar num estímulo para o autocuidado, objetivando a prevenção de complicações no pós-operatório, possibilitando a transição para o domicílio de uma forma tranquila e sem intercorrências.

Malley e Young (2017) e Pereira et al (2016) concordam que no período pré-operatório é importante um espaço de consulta, onde o enfermeiro utiliza equipamentos, dispositivos audiovisuais e documentos escritos na preparação do doente para a cirurgia, dando-lhe a conhecer o ambiente cirúrgico e o que será expectável, de acordo com a sua situação específica. Outros aspetos que devem ser contemplados no apoio educativo, passam por esclarecer acerca do procedimento anestésico, posicionamento na marquesa cirúrgica, o equipamento a utilizar no internamento, acolhimento e sala operatória, desde elétrodos, avaliação constante da pressão arterial, punção venosa, vestuário no bloco, tempo previsto de cirurgia, recobro e de voltar ao quarto de internamento (Malley e Young (2017); Barbosa et al (2014); Ascari et al. (2013); Sena et al (2013); Sayin e Aksoy (2012) e Kruzyc (2009)).

Maley e Young (2017), num estudo que efetuaram, revelam que os pacientes descrevem a forma como os preparam para o que devem esperar no período perioperatório e no acompanhamento que virão a ter, como o aspeto mais relevante e de maior valor no que refere ao apoio/informação recebida, em detrimento da preparação efetuada para o procedimento cirúrgico em si. Assim, as informações pré-operatórias e intervenções de enfermagem pré-operatórias que abordam preocupações específicas dos pacientes e proporcionavam educação, diminuem não apenas a ansiedade pré-operatória, mas também as complicações pós-operatórias (Maley e Young, 2017).

Desta forma, as transições eficazes no ambiente pré-operatório exigem que os profissionais de saúde envolvidos superem as barreiras existentes e promovam o trabalho em equipe de modo a garantir a segurança e satisfação dos seus pacientes (Maley e Young, 2017), que adequadamente informados, constituem uma importante melhoria no processo cirúrgico e potencialmente, influenciam de forma positiva os resultados no pós-operatório.

Greensdale et al (2010), referem ainda a importância da preparação pré-operatória perspetivando o pós-operatório no “timing” certo, minimizando a ansiedade e stress causado

pelo tempo de espera pela cirurgia, acarretando maior dificuldade na compreensão e retenção da informação recebida, acrescentado o papel da família/pessoa de referência como fulcral aquando a consulta pré-operatória, onde podem ouvir, aprender e ajudar a mulher com cancro da mama, a debelar todas as suas dúvidas e preocupações. O suporte da família nestas consultas é preponderante, pois contribuem para adaptação e bem-estar da mulher, determinado não apenas pelo número de intervenções de enfermagem, mas acima de tudo pela força das mesmas.

Pereira et al (2016), salientam que existem diferentes tipos de necessidades de informação pré-operatória por parte do doente cirúrgico oncológico, nomeadamente:

- 1- Necessidade de informação pré-operatória acerca de rotinas e protocolos (objetiva e suficiente);
- 2- Necessidade de informação específica sobre a cirurgia, consequências mutilantes e tratamento adjuvante;
- 3- Necessidade de segurança emocional atendendo às expectativas, satisfação e direitos do doente oncológico;
- 4- Necessidade de informação acerca do percurso e ambiente cirúrgico;
- 5- Necessidade de acompanhamento integrado e planeado, com preparação para o pós-operatório e para a alta hospitalar.

Sistematização e Operacionalização da Consulta Pré-Operatória:

Kruzic (2009), revela que a educação do paciente cirúrgico deve ser uma grande preocupação para os enfermeiros perioperatórios. Não é fácil desenvolver programas formais de ensino pré-operatório, mas a pesquisa mostra que a educação pré-operatória pode melhorar os resultados dos pacientes e a satisfação com a experiência cirúrgica. De acordo com a literatura, idealmente, a educação pré-operatória do paciente deve começar na consulta médica, com o cirurgião, continuar com os exames pré-operatórios, consulta de enfermagem e ser concluída na admissão no internamento para cirurgia. A existência de um programa de educação pré-operatório bem projetado permite aos enfermeiros perioperatórios intervir de forma ponderada e planeada, no que refere ao ensino perioperatório em cirurgia eletiva.

Desta forma, Kruzic (2009) aponta a utilização de panfletos e imagem (vídeos, powerpoint), ensinamentos estruturados e a utilização de uma checklist, colheita de dados, fornecer contactos do serviço para posteriores esclarecimentos ou dúvidas como aspetos a serem tidos

em conta na sistematização da consulta de enfermagem. Acrescenta a possibilidade de sessões de esclarecimento em grupo e a importância do trabalho coordenado em equipa multidisciplinar, com reuniões e, finalmente, a avaliação da consulta pré-operatória, com intuito de melhoria e excelência dos cuidados a prestar. Estes aspetos são apontados nas necessidades educativas, pelas mulheres com cancro da mama, como sendo fundamentais a incluir na consulta de enfermagem pré-operatória.

Trescher et al (2019), apontam a escuta atenta, comunicação terapêutica padronizada, construção de documentos escritos de apoio e a importância da consulta de enfermagem no pré-operatório, como aspetos relevantes a ter em conta na operacionalização e sistematização do apoio no período pré-operatório.

Murphy, Walker, Duff e Williams (2016), inferem no seu estudo a inclusão de 25 itens que deverão ser parte integrante da checklist pré-operatória, salientando ainda a importância da identificação de diagnósticos de enfermagem, criação do processo de enfermagem e colheita de dados, onde deve constar nomeadamente a identificação do paciente, procedimento, diagnósticos e patologia, ensinos e preparação pré-operatória efetuada, condição atual, história e avaliação. Na Tabela 5, é possível verificar a checklist de 25 itens apresentada pelos autores, subdividida em 3 principais categorias e agrupada em dimensões:

Tabela 5 – Checklist pré-operatória de Murphy, Walker, Duff e Williams (2016)

Checklist Pré-operatória	
CATEGORIAS	DIMENSÕES
Verificação	Identificação do doente/lateralidade/tipo de cirurgia
	Dúvidas do doente/família
	Consentimento para a cirurgia/transusão de sangue
	Alergias/alertas
	Entrega de documento escrito de apoio
Preparação cirúrgica	Pré-medicação/exames pré-operatórios
	Principais preocupações
	Medicamentos de risco para a cirurgia
	Marcação do local cirúrgico
	Prevenção de complicações (tromboembolismo)
	Retirar adornos/próteses/acessórios
	Jejum pré-operatório

Avaliação	Prevenção de infeção do local cirúrgico
	Eletrocardiograma
	Antecedentes pessoais / patologias associadas
	Exames complementares
	Sinais vitais
	Risco de integridade cutânea
	Risco de hipertermia maligna

Ainda nesta perspetiva, Vieira, Oliveira, Carvalho e Nóbrega (2016), acrescentam o processo de enfermagem como uma ferramenta necessária à operacionalização da consulta, com a devida relevância dos registos de enfermagem para a continuidade dos cuidados e transmissão de informação no seio da equipa multidisciplinar, assegurando assim, cuidados seguros e dirigidos à pessoa e contexto de cuidados.

Na revisão sistemática de Ireland e Kent (2013), apontam a consulta pré-operatória por telefone como um instrumento de apoio educativo importante, na diminuição da ansiedade, cancelamento cirúrgico, na avaliação de potenciais riscos, na melhoria da satisfação da pessoa e adequado à compreensão dos ensinamentos de preparação para o pré-operatório, mas algumas mulheres consideraram demasiada informação por telefone. No entanto, defendem que, é uma ferramenta a considerar em casos de doentes idosos, com dificuldade na mobilidade ou transporte, sem apoio familiar ou com demências, permitindo, ainda assim o apoio educativo que merecem, através de um contacto planeado e dirigido à mulher ou ao familiar/pessoa de referência.

Sayin e Aksoy (2012), sistematizam a consulta pré-operatória de enfermagem, apontando quais as necessidades educativas que devem ser atendidas e as respetivas metodologias educativas a serem utilizadas pelo enfermeiro, enunciando três categorias no apoio a efetuar no período pré-operatório, como sendo, necessidades de informação, métodos de educação e o papel do enfermeiro, como se pode observar na tabela 6.

Tabela 6 – Sistematização da Consulta Pré-operatória de Sayin e Aksoy (2012)

Necessidades de informação	Métodos educativos	Papel do enfermeiro		
Consentimento informado	Documentação escrita	Considerar pessoa/família como um todo		
Anestesia (tipo, riscos e efeitos)				
Jejum de 6h				
Dispositivos e equipamentos (drenos, catéteres, elétrodos...)				
Medicamentos previstos/transfusões				
Percurso cirúrgico	Consulta presencial	Respeitar princípios legais e éticos		
Equipa cirúrgica				
Principais complicações				
Tempo cirúrgico				
Tempo na UCPA				
Posicionamento no bloco, ferida operatória, precauções				
Desconforto (dor, náuseas...)				
Alterações familiares e da rotina				
Tempo previsto para resultado da anatomia				
Possibilidade de recorrência da doença				
Cuidados a ter em casa				
Medicação e dieta pós-operatória			Questionar acerca das necessidades de informação	Formação e competência profissional na área
				Tempo para a realização dos ensinamentos

Os mesmos autores, (Sayin e Aksoy (2012), salientam ainda que, a informação a transmitir, deve contribuir para a educação dos pacientes e seus familiares, aumentando-se, assim, o sucesso do tratamento ou cuidado prestado bem como a satisfação do paciente. Neste sentido é, por isso, vital que os pacientes cirúrgicos e seus familiares/pessoa de referência, recebam informações que reflitam as suas necessidades fisiológicas e psicológicas, proporcionando um acompanhamento especializado, integrado na equipa multidisciplinar.

CONCLUSÕES

A importância desta revisão da literatura, revela-se pelo facto de elevar a intervenção do enfermeiro perioperatório e salientar o seu contributo no apoio educativo e psicossocial à mulher/família com cancro da mama. É através da melhor evidência disponível que se constroem conceitos, planos e argumentos para as boas práticas no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem. Da mesma forma, a evidência encontrada insere-se no preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, no Código Deontológico dos Enfermeiros (2005), onde refere que, o enfermeiro deve recolher e analisar dados, formulando diagnósticos de enfermagem e, ainda elaborar e executar planos para a prestação de cuidados dirigidos à pessoa, reformulando intervenções após avaliação das mesmas.

Para Jones, Papadakos, Bennett, Blacker, Catton, Harth, ... e Jusko-friedman (2010), os doentes apresentam diferentes necessidades de informação acerca da doença em si e, no que refere ao autocuidado, influenciadas pelo ensino, comunicação, mecanismos de adaptação/coping, demografia e cultura e a trajetória da sua doença oncológica. Ainda de acordo com estes autores, é fundamental o conhecimento destes fenómenos, para serem incluídos nas intervenções de enfermagem, de modo a adequar a informação de forma individual e de acordo com as capacidades e necessidades de cada um, aumentando assim, a sua autonomia e confiança na capacidade que detém “to self-manage their illness” (p.1).

De acordo com a WHO – World Health Organization (2019), o cancro da mama constitui um dos mais comuns no mundo, atingindo cerca de 2,09 milhões de caso em 2018, sendo fundamental a criação de estratégias de apoio psicossocial e educativo integrados numa consulta pré-operatória de enfermagem, sistematizada e desenvolvida especificamente para dar resposta às necessidades reais de cada mulher e sua família. Nesta perspetiva e de acordo com a EONS (2015), cabe ao enfermeiro adquirir e desenvolver competências específicas em oncologia, tais como, a abordagem crítica e científica na tomada de decisão, a assistência baseada na evidência, o aumento da segurança destes doentes/família/cuidadores e a responsabilidade com que se conduz uma intervenção de enfermagem.

Implicações para a prática

De acordo com a literatura, os enfermeiros constituem um grupo profissional capacitado para o apoio educativo e psicossocial no pré-operatório, preenchendo lacunas na transição do acompanhamento ao doente cirúrgico. Nesse sentido, é necessário ter em conta a competência profissional na área e, um modelo de atendimento interdisciplinar, atento às necessidades do paciente pré-operatório, no sentido de melhorar a qualidade geral dos resultados cirúrgicos.

Implicações para a investigação

Através da realização desta revisão da literatura foi possível identificar a existência de lacunas no que refere à sistematização e operacionalização do apoio educativo no pré-operatório, direcionados à mulher/família com cancro da mama. A existência de artigos específicos/dirigidos à promoção do autocuidado na mulher com cancro da mama no período pré-operatório, bem como estudos reprodutíveis, que utilizem uma avaliação de qualidade metodológica direcionados para esta área, são diminutos. Desta forma, torna-se imperativo a realização de mais revisões sistemáticas nesta área temática, de forma a contribuir para a elaboração de recomendações claras para a prática, baseadas na evidência científica. Ainda assim, dos artigos e estudos encontrados, foi possível incluir aqueles que apresentavam recomendações para a prática, no que concerne às necessidades psicossociais e educativas e ainda no que refere à organização/operacionalização da consulta pré-operatória de enfermagem, constituindo orientações muito relevantes e com qualidade metodológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbasi, S., & Akbari, L. (2016). The effect of personnel primary communication on the pre-operative anxiety of patients admitted to operating room. *Nursing Practice Today*, 3(4), 164-170.
- Alves, P., Barbosa, I., Caetano, J., Fernandes, A., (2011). Cuidados de Enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: Revisão Narrativa da Literatura. *VER Bras Enfermagem*, Brasília 2011, 64(4), 732-737. <http://www.redalyc.org-articulo.oa?id=267021463016>
- Arraras, J., Greimel, E., Sezer, O., Chie, W., Bergenmar, M., Costantini, A., ... Velikova, G. (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: An instrument to assess the information given to cancer patients. *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.06.118>
- Ascari, AR., Neiss, M., Sartori, A., Silva, OM., Ascari, TM e Galli, KSB (2013). Perceptions of surgical patient during preoperative period concerning nursing care. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(4), 1136-1144. Doi: [10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201309](https://doi.org/10.5205/reuol.3188-26334-1-LE.0704201309).
- Bakker, D., Strickland, J., MacDonald, C., Butler, L., Fitch, M., Olson, K., & Cummings, G. (2013). The context of oncology nursing practice: An integrative review. *Cancer Nursing*, 36(1), 72–88. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824afadf>
- Barbosa, AC; Terra, FS; Carvalho, JBV. (2014). Humanização da assistência médica e de enfermagem ao paciente no perioperatório em um hospital universitário. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 22(5), 699–704.
- Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A., & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 24(1), 20-24. doi:10.5737/1181912x2412024
- Direção Geral da Saúde (2016-2017). *Relatório de monitorização e avaliação dos rastreios oncológicos* – Portugal. 47p. Disponível em:
file:///C:/Users/Asus/Downloads/Relat%C3%B3rio_Monitoriza%C3%A7%C3%A3o_e_Avalia%C3%A7%C3%A3o_Rastreios_VF.pdf
- Direção Geral de Saúde (2003). Guia de apoio à mulher com Cancro da Mama. Lisboa. ISBN 972675-099-7. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/guiae-apoio-a-mulher-com-cancro-da-mama.aspx>

- Direção Geral de Saúde (2003). Guia de apoio à mulher com Cancro da Mama. Lisboa. ISBN 972-675-099-7. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/guia-de-apoio-a-mulher-com-cancro-da-mama.aspx>
- European Oncologic Nursing Society – EONS. 2015. EONS Position Statement: The Role of Nurses in Cancer Care.
From:
<https://www.cancernurse.eu/advocacy/positionstatementcancercare.html>
- Ferrito, C., (2014). Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. Enfermagem em Bloco Operatório. LIDEL-Edições técnicas, Lda. Lisboa 2014. ISBN: 978-972-757-959-4.
- Greenslade, M. V., Elliott, B., & Mandville-Anstey, S. A. (2010). Same-day breast cancer surgery: a qualitative study of women's lived experiences. *Oncology Nursing Forum*, 37(2), E92-E97. doi:10.1188/10.ONF.E92-E97
- Ireland, S., & Kent, B. (2013). Telephone pre-operative assessment for adults: reviewing the evidence through systematic review. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 26(4), 23-29.
- Joanna Briggs Institute Reviewers Manual. 2015. Database of Systematic Reviews and Implementation Reports. A Methodology for Scoping Reviews.24p.
- Jones, J. M., Papadakos, J., Bennett, C., Blacker, S., Catton, P., Harth, T., ... Jusko-friedman, A. (2010). Patient Education and Counseling Maximizing your Patient Education Skills (MPES): A multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.039>
- Kruzik, N. (2009). Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *AORN Journal*, 90(3), 381-387. doi:10.1016/j.aorn.2009.06.022
- Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº187. p. 25-28.
- Malley, A. M., & Young, G. J. (2017). A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions. *Journal Of Clinical Nursing*, 26(13-14), 2016-2024. doi:10.1111/jocn.13610
- Melo, J., Teixeira, A., Novo, AMC., Figueiredo, MRP, Branco, NA.et al (2013). Visita de enfermagem pré-operatória - A opinião dos doentes. *Millenium*. nº44.171-182.
- McEvoy, L & Duffy, A (2008). Holistic practice – A concept analysis. *Nurse Education in Practice*. Elsevier Ltd. 8, p.412–419. doi:[10.1016/j.nepr.2008.02.002](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2008.02.002)

- Murphy, K., Walker, K., Duff, J., & Williams, R. (2016). The collaborative development of a pre-operative checklist: An e-Delphi study. *ACORN: The Journal of Perioperative Nursing in Australia*, 29(1), 36-43.
- Nascimento, K., Fonseca, L., Andrade, S., Leite, K., Zaccara, A. e Costa, S. (2014) - Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem* 18(3):435-440. <https://doi:10.5935/1414-8145.20140062>
- Ordem dos Enfermeiros (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento concetual, Enunciados descritivos. Dez. 24p
- Ordem dos enfermeiros (2005) – Código deontológico dos enfermeiros: Dos comentários à análise dos casos. Coordenação de Lucília Nunes, Antónia Amaral e Rogério Gonçalves. 457p.
- Ordem dos enfermeiros (2010) – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento concetual, enunciados descritivos., Conselho de enfermagem, escrito em dezembro 2001. 24p.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.10p.
- Organização Mundial de Saúde. (2015) Prevenção de doenças crônicas um investimento vital. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Pearson, A., Wiechula, R., Court, A., & Lockwood, C. (2005). The JBI model of evidence-based healthcare. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*,3(8),207–15. <https://doi:10.1111/j.14796988.2005.00026.x>.
- Pereira, A., Soares, V., Russo, T. M., Teles, A. A., Lenza, N., & Sonobe, H. (2016). O ensino pré-operatório na perspetiva de pacientes oncológicos. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(2), 449-456. <https://doi:10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201610>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Baldini Soares, C., Khalil, H., & Parker, D. (2015). Methodology for JBI scoping reviews. In the Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015. (p. 1–24). Adelaide, Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Piccoli, M., Rodrigues, A., & Carvalho, S. (2007). Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enferm.* Jan/mar. 12(1), 52–61.

- Plano Nacional para as Doenças Oncológicas – PNDO (2017) in DGS. Retrieve from: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/>.
- Santana, C. C. C. de, Souza, J. R. S & Viana, D. D. A. (2018). Análise Das Ações De Enfermagem Nas Fases Cirúrgicas Da Mastectomia. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*. Disponível em: <https://doi.org/10.18816/rbits.v8i2.15556>
- Santos, R., Piccoli, M., & Carvalho, A. (2007). Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enfermagem*. ISSN – 1414-8536. 12(1), 52–61.
- Sayin, Y., & Aksoy, G. (2012). The Nurse's Role in Providing Information to Surgical Patients and Family Members in Turkey: A Descriptive Study. *AORN Journal*, 95(6), 772-787. [doi:10.1016/j.aorn.2011.06.012](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.06.012)
- Sena, A. C., do Nascimento, E. R. P., & Maia, A. R. C. R. (2013). [Nursing practice of care to patients undergoing elective surgery in the immediate preoperative period]. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 34(3), 132-137.
- Sociedade Portuguesa de Oncologia - SPO (2017). 100 Perguntas Chave no Cancro da Mama. 2ª edição. Coordenadora: Fátima Cardoso. Permanyer Portugal www.permanyer.com. Ref.: 2935BP161.
- Trescher, G. P., Amante, L. N., Rosa, L., Girondi, J., Varela, A. I., Oro, J., . . . Santos, M. J. (2019). Needs of women with breast cancer in the pre-operative period. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 13(5), 1288-1294. [doi:10.5205/1981-8963-v13i05a239229p1288-1294-2019](https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a239229p1288-1294-2019)
- Trill, M. D. (2013). Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Supplements*, 11(2), 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.009>.
- Vieira, M., Oliveira, Carvalho, Nóbrega, M. M. (2016). Nursing diagnosis, outcomes and interventions for patients in the surgical clinic of a university hospital. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 10(12), 4517-4523. [doi:10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201612](https://doi.org/10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201612)
- WHO - World Health Organization (2019). Retrieve from a 20 de junho de 2019: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Ziguer MLPS, De Bortoli CFC, Prates LA (2016). Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. Espaço para a saúde – revista de saúde pública do paraná. Londrina. 17 (1). 107-112.

Apêndice II – Análise Swot

ANÁLISE SWOT



Tabela elaborada pela autora

Apêndice III – Descrição de Atividades e Resultados Esperados

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E RESULTADOS ESPERADOS –INSTITUIÇÃO A E B
OBJETIVO GERAL 1 - DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICO, VERTENTE ONCOLÓGICA, A NÍVEL TÉCNICO-CIENTÍFICO E RELACIONAL, NO ÂMBITO DA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À MULHER COM CANCRO DA MAMA PROPOSTA PARA CIRURGIA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIAS	DURAÇÃO
1.1 - Identificar a dinâmica funcional e organizacional da consulta de enfermagem pré-operatória à mulher com cancro da mama.	I. Apresentação do projeto à equipa.	<u>Recursos Humanos:</u> Chefe do serviço; Enfermeiro especialista orientador; Equipa de enfermagem; Equipa multidisciplinar ;	✓ Observa a consulta e a dinâmica/articulação da equipa de enfermagem no serviço e com a equipa multidisciplinar;	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Notas de campo; ▪ Elaboração de um guião de entrevista à equipa, com intuito da caracterização do serviço; ▪ Reflexão da prática baseada na evidência; ▪ Elaboração de uma Checklist de intervenções de enfermagem observadas na consulta. ▪ Elaboração de uma lista de itens com os recursos essenciais à criação de uma consulta. 	1ª e 2ª semana de estágio
	II. Reuniões informais com o enfermeiro-chefe, enfermeiro orientador e outros elementos da equipa.		✓ Descreve a organização e funcionamento da consulta;		
	III. Realização de uma visita guiada pelo serviço e circuito da mulher/família com cancro da mama.		✓ Participa nas reuniões de Equipa Multidisciplinar;		
	IV. Observação do funcionamento do serviço e a dinâmica da equipa de enfermagem e multidisciplinar.		✓ Realiza entrevistas aos enfermeiros chefe e orientador, para esclarecer dúvidas;		
		<u>Materiais:</u> Normas,	✓ Percebe o serviço, atendendo ao espaço físico, equipa, número de consultas por dia e ao ano, caracterização sociodemográfica da população, elementos da equipa, serviços disponíveis, apoios e recursos, entre outros a definir.		Ao longo do estágio

	V. Identificação dos recursos humanos, físicos e materiais do serviço, que são mobilizados na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito da consulta	protocolos, procedimentos da consulta; Pesquisa bibliográfica em base de dados; Registos da consulta			
	VI. Pesquisa bibliográfica pertinente e leitura crítica de documentos sobre indicadores de qualidade e organização de uma consulta de enfermagem.		✓ Consulta o guia de integração, manuais de normas e procedimentos do serviço;		
1.2 – Analisar a prática da equipa Multidisciplinar no âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama.	I. Observação da consulta pelo enfermeiro orientador ou outro enfermeiro;	Físicos: Unidade da Mama, computador, gabinete de consulta. Temporais: Visualizar cronograma de atividades.	✓ Reflete sobre as intervenções de enfermagem na consulta pré-operatória a mulheres/família com cancro da mama.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de um jornal de aprendizagem onde identifica, barreiras na consulta, a importância das reuniões multidisciplinares utilizando o ciclo reflexivo de Gibbs. ▪ Realização de conversas informais com a equipa. ▪ Notas de campo 	A partir da 3 semana de estágio e ao longo do estágio.
	II. Utilização da checklist de intervenções de enfermagem realizada na consulta de enfermagem;		✓ Utiliza a bibliografia da revisão da literatura efetuada para confrontar a prática e a evidência.		
	III. Perceção das necessidades de auto-		✓ Colabora nas consultas de enfermagem à mulher/família com cancro da mama.		
			✓ Participa nas reuniões da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar.		A partir da 3 semana de estágio e ao

	cuidado da mulher/família com cancro da mama.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identifica principais barreiras e dificuldades na consulta. ✓ Inicia a elaboração da caracterização do serviço; ✓ Aplica a checklist de intervenções observadas em consulta e reformula à luz da evidência; ✓ Consulta registos da consulta de enfermagem e documentos de apoio; ✓ Consulta o manual de normas e procedimentos da consulta; ✓ Consulta o manual da consulta da Unidade da Mama; ✓ Estabelece relação de comunicação e escuta ativa com a mulher/família na consulta de enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão da prática baseada na evidência; ▪ Realização de um estudo de caso; ▪ Finalização da Caracterização do serviço. 	longo do estágio.
1.3. Promover cuidados de enfermagem especializados integrada na equipa multidisciplinar, no	I. Colaboração nos cuidados prestados à mulher/família com cancro da mama.		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Domina os horários, normas, manuais e protocolos do serviço e da consulta; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de pelo menos uma consulta de enfermagem pré-operatória à 	A partir da 4ª semana de estágio e ao longo do estágio.

<p>âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama.</p>	<p>II. Demonstração conhecimentos técnico-científicos e relacionais na consulta de enfermagem pré-operatória à mulher/família com cancro da mama.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhece a caracterização do serviço/consulta da unidade da mama e o circuito da doente/família; ✓ Entende as principais necessidades/problemas das mulheres/família com cancro da mama. ✓ Integra todos os itens da checklist quando colabora nos cuidados na consulta de enfermagem. ✓ Facilita um ambiente seguro, capacita a mulher/família e promove a qualidade dos cuidados com responsabilidade profissional, ética e legal. 	<p>mulher/família de forma autónoma, de acordo com as normas e protocolos instituídos;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de uma reflexão, após a consulta especializada de enfermagem utilizando o ciclo de Gibbs. ▪ Realização de um instrumento de suporte educacional. 	
---	---	--	--	---	--

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES E RESULTADOS ESPERADOS – INSTITUIÇÃO C

OBJETIVO GERAL 2 - Promover a melhoria dos cuidados à mulher/família com cancro da mama proposta para cirurgia, através do planeamento e implementação de uma consulta pré-operatória especializada de enfermagem.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	RECURSOS	INDICADORES DE AVALIAÇÃO	ESTRATÉGIAS	DURAÇÃO
2.1 – Incorporar diretivas e conhecimentos desenvolvidos, no planeamento e liderança na consulta pré-operatória de enfermagem com vista à promoção do autocuidado da mulher com cancro da mama.	I. Apresentação do projeto à Equipa multidisciplinar	<u>Recursos Humanos:</u> Chefe do serviço; Enfermeiro especialista orientador; Equipa de enfermagem; Equipa multidisciplinar;	✓ Observa a dinâmica e articulação da equipa de enfermagem da consulta de senologia e do bloco com a equipa multidisciplinar da Unidade da Mama do CHULC; ✓ Consulta o guia de integração, manuais de normas e procedimentos da Unidade da Mama; ✓ Realiza entrevistas informais aos enfermeiros chefe, orientador, coordenadora cirúrgica, enfermeira da consulta de senologia; ✓ Agenda reunião com os elementos acima mencionados, com vista à implementação da consulta (local, horário, dia, tempo de consulta, apoio administrativo); ✓ Apresenta uma prática profissional e ético-legal, no contexto da consulta pré-operatória de enfermagem à	<u>Utilização dos seguintes meios para a realização das atividades:</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notas de campo; ▪ Utiliza o guião de entrevista desenvolvido, adapta e aplica à equipa, para posterior análise; ▪ Reflexão da prática baseada na evidência; ▪ Criação de dossier onde consta a caracterização da consulta, checklist de ensinos 	1ª e 2ª semana de estágio
	II. Integração na equipa multidisciplinar no âmbito dos cuidados prestados à mulher/família com cancro da mama.				

<p>2.1 – Incorporar diretivas e conhecimentos desenvolvidos, no planeamento e liderança na consulta pré-operatória de enfermagem com vista à promoção do autocuidado da mulher com cancro da mama.</p>	<p>III. Demonstração de competências no planeamento e implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem a mulheres/família com cancro da mama propostas para cirurgia.</p>	<p>Orientador do Relatório</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos, procedimentos da consulta; Pesquisa bibliográfica em base de dados; Registos da consulta externa de senologia.</p>	<p>mulher com cancro da mama, com vista à melhoria dos cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Assiste às reuniões de Avaliação Multidisciplinar de Patologia Mamária do CHULC, às 5f; ✓ Elabora um Guião da Consulta Pré-operatória de Enfermagem; ✓ Elabora um fluxograma com circuito da mulher com cancro da mama/família integrando a consulta de enfermagem pré-operatória de enfermagem; ✓ Caracteriza a consulta, atendendo ao espaço físico, equipa, número de consultas por dia e ao ano, caracterização sociodemográfica da população, elementos da equipa, serviços disponíveis, apoios e recursos, entre outros a definir. ✓ Adapta a checklist de ensinamentos e intervenções de enfermagem já efetuado, para a implementação na consulta de enfermagem pré-operatória do CHULC. ✓ Elabora um vídeo explicativo e ilustrativo do circuito da mulher/família até chegar ao BOC e principais aspetos a ter em conta no intraoperatório. ✓ Define os horários, normas, manuais e protocolos da consulta; ✓ Institui a caracterização do serviço/consulta da unidade da mama e o circuito da doente/família; 	<p>e intervenções de enfermagem, fluxograma da consulta de enfermagem, panfletos e estrutura do vídeo a apresentar;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de uma agenda para marcação das consultas de enfermagem pré-operatória em articulação com a administrativa da Unidade da Mama. ▪ Apresentação o projeto de Intervenção e Melhoria dos cuidados no Centro de Formação e/ou nos serviços (BOC/Consulta/enfermeira). ▪ Proposta de realização de uma norma e instrução de trabalho referente à consulta de enfermagem pré-operatória. 	<p>1^a e 2^a semana de estágio e ao longo do estágio.</p>
---	---	--	---	--	---

<p>2.2 – Promover cuidados de enfermagem especializados à mulher com cancro de mama/família em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem, integrada na equipa multidisciplinar.</p>	<p>I. Prestação de cuidados diretos no âmbito da consulta de enfermagem pré-operatória à mulher/família com cancro da mama.</p>	<p><u>Físicos:</u> Instituição C, computador, gabinete de consulta.</p> <p><u>Temporais:</u> Visualizar cronograma de atividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Entende as principais necessidades/problemas das mulheres/família com cancro da mama e intervém no apoio e capacitação especializada de forma individualizada e atendendo à complexidade. ✓ Integra todos os itens da checklist na realização da consulta de enfermagem. ✓ Promove ambiente seguro e a melhoria dos cuidados, capacitando a mulher/família com responsabilidade profissional, ética e legal. ✓ Articula com a equipa e encaminha a mulher/família com cancro da mama sempre que necessário. ✓ Demonstra conhecimentos técnico-científicos e relacionais na prestação de cuidados. 	<p><u>Estratégias de atuação:</u></p> <p>Notas de campo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão da prática baseada na evidência; ▪ Realização de uma entrevista a uma mulher com cancro da mama que tenha passado já o processo de tratamento cirúrgico de forma a contextualizar as dificuldades/necessidades da mulher de forma a melhorar os cuidados prestados; ▪ Realização de consulta pré-operatória de enfermagem pelo menos a 70% das mulheres propostas para cirurgia. ▪ Articulação com a consulta pós-operatório, para avaliação da intervenção do período perioperatório, no futuro. ▪ Utiliza a checklist de intervenções aprimoradas ao longo dos estágios e aplica-a. 	<p>A partir da 2ª semana de estágio e ao longo do estágio.</p>
	<p>II. Análise da prática no âmbito da consulta pré-operatória à mulher/família com cancro da mama.</p>				

Apêndice IV – Cronograma de atividades

Capacitação da Mulher com Cancro da Mama: Criação de uma Consulta

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES		Ano		2019												2020																				
		Meses		S E T			O U T			N O V			D E Z			J A N			F E V																	
		Semanas		23/27	30/04	7/11	14/18	21/25	28/01	04/08	11/15	18/22	25/29	2/6	9/13	16/20	23/27	30/03	06/10	13/17	20/24	27/31	3/7	10/14	17/21	24/28										
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	FÉRIAS DO NATAL						4	4	3	3	3	REALIZAÇÃO E APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO										
1.1 – Compreender a dinâmica funcional e organizacional da consulta de enfermagem pré-operatória à mulher/família com cancro da mama	Apresentação do projeto à equipa.																																			
	Reuniões informais...																																			
	Realização de uma visita guiada...																																			
	Observação do funcionamento do serviço e a dinâmica da equipa...																																			
	Identificação dos recursos...																																			
	Pesquisa bibliográfica pertinente...																																			
1.2 – Analisar a prática da equipa Multidisciplinar no âmbito da consulta pré-operatória à mulher/família com cancro da mama.	Observação da consulta...																																			
	Utilização da checklist...																																			
	Perceção das necessidades...																																			
1.3 – Promover cuidados de enfermagem especializados integrada na equipa multidisciplinar, no âmbito da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama.	Colaboração nos cuidados																																			
	Demonstração conhecimentos																																			
2.1 – Incorporar diretivas e conhecimentos desenvolvidos, no planeamento e liderança na consulta pré-operatória de enfermagem com vista à promoção do auto-cuidado da mulher com cancro da mama.	Apresentação do projeto à Equipa multidisciplinar																																			
	Integração na equipa																																			
	Demonstração de competências																																			
2.2 – Promover cuidados de enfermagem especializados à mulher com cancro de mama/família em contexto de consulta pré-operatória de enfermagem, integrada na equipa multidisciplinar.	Prestação de cuidados diretos																																			
	Análise da prática																																			

Legenda do Cronograma: Atividades planeadas

■ - Instituição A / ■ - Instituição B / ■ - Instituição C



Apêndice V – Sessões de Formação Instituições A e B

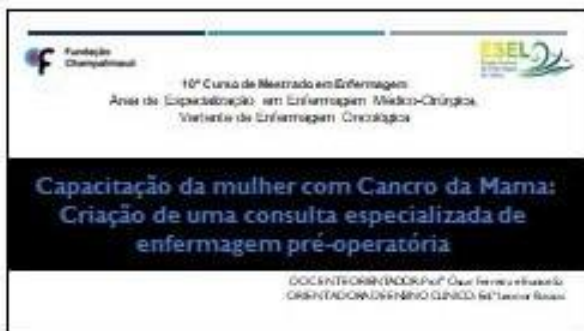
INSTITUIÇÃO A



1



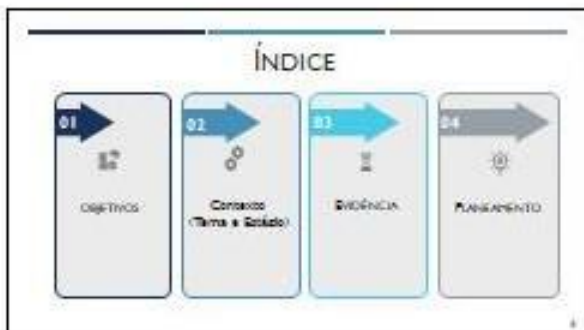
4



2



5



3



6

Com a criação de uma consulta especializada pré-operatória, pretende-se:

- Identificar as principais necessidades da mulher/família com CM;
- Apoiar a mulher/família com CM no período pré-operatório (Orientar, informar e preparar para a cirurgia);
- Capacitar a mulher/família com CM para o Auto-cuidado (realização/prevenção de complicações).



Com o apoio da
Teresa da Encarnação de
Carvalho Gomes

7



PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO/CONSULTA ESPECIALIZADA À MULHER COM CANCRO DA MAMA

ESPO/INTERDISCIPLINAR	ENFERMEIRAS OPERATÓRIAS	ORIENTAÇÃO MÉDICA/ONCOLÓGICA
De triagem e diagnóstico	Realizar o diagnóstico pré-operatório e a preparação para a cirurgia.	Aplicar o conhecimento para a realização da cirurgia.
Atendimento pré-operatório	Realizar o cuidado pré-operatório e a preparação para a cirurgia.	Realizar o cuidado pré-operatório e a preparação para a cirurgia.
Monitorização pós-operatória	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.
Prevenção e tratamento de efeitos secundários	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.
Realização de cuidados de enfermagem	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.
Realização de cuidados de enfermagem	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.	Realizar o cuidado pós-operatório e a prevenção de complicações.

10

Conceitos
Dantas et al (2016)

Definição de Auto-Cuidado:
"o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar."
Santos et al (2017)

Definição de atividade de Auto-cuidado:
"atividade quando a pessoa atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a estabilidade autonómica."
Tavares & Alçada (2009)

"Ativam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e re-hospitalização."
Santos et al (2017)

Teoria do Auto-Cuidado

8

Evidência Científica

1 Diário da República (2014) Autores
Criação de enfermagem e de "enfermeira modelo" e realização de uma avaliação de melhores práticas de unidades de enfermagem no sentido de apoiar o enfermeiro a atingir a máxima capacidade de atuação" (p.396).

2 Santos et al (2017)
"Os cuidados de enfermagem diretos no pré-operatório e as complicações das doenças reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e re-hospitalização" (p.16).

3 Gonçalves, Correjo & Martins (2017)
"A equipa de enfermagem tem a responsabilidade fundamental de apoiar o cliente no processo de compreensão e de lidar com a alteração física, psicológica, e social, bem as consequências das complicações que resultam no aumento da carga de trabalho, devendo a este poder adaptar-se através de estratégias de cuidado" (p.16).

4 Pedro & Travado (2017)
"Tratar os sintomas dos seus problemas e necessidades, manter a dependência para manter a autonomia, apoiar a família e os cuidadores e fornecer apoio emocional, psicológico e social, proporcionar apoio técnico ao enfermeiro e apoiar a família e os cuidadores, proporcionar apoio emocional, psicológico e social, proporcionar apoio técnico ao enfermeiro e apoiar a família e os cuidadores" (p.16).

11

Fundação Champalimaud

Escolha do local de estágio

- Centro de referência nacional, no que refere à investigação e tratamento do cancro;
- Unidade de Mama (sendo que, em setembro de 2014, tornou-se "Full Member of Breast Cancer Network");
- Certificação europeia de "Breast Cancer Certification", em 2018, tornando-se assim a primeira Unidade de Cancro de Mama certificada em Portugal (em conformidade com os critérios da European Society of Breast Cancer Specialists – EUSOMA).



9

Evidência Científica

1 Lourenço (2004) Autores
A importância de intervenções pré-operatórias: "As intervenções pré-operatórias, se feitas de forma adequada, são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do doente oncológico" (p.16).

2 Bailey (2010)
Sem o conhecimento e a capacidade pré-operatória, o enfermeiro não consegue realizar o seu papel de forma adequada, sendo necessário a realização de intervenções pré-operatórias para a melhoria da qualidade de vida do doente oncológico.

3 Petromilha (2011)
O conhecimento pré-operatório é fundamental para a realização de intervenções pré-operatórias, sendo necessário a realização de intervenções pré-operatórias para a melhoria da qualidade de vida do doente oncológico.

4 Melo (2013)
Os cuidados pré-operatórios são fundamentais para a melhoria da qualidade de vida do doente oncológico, sendo necessário a realização de intervenções pré-operatórias para a melhoria da qualidade de vida do doente oncológico.

12

INSTITUIÇÃO B



1



2



3



4



5



6



7

CONSULTA DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA PRÉ-OPERATÓRIA À MULHER PALEIA COM CANCRO DA MAMA		
OBJETIVO / FUNDAMENTOS	PROCESSO / INTERVENÇÕES	RESULTADOS / PREVENÇÕES
Tar apelo à mulher/família	Identificar a compreensão da informação e aplicação para auto-cuidado	Aplicar consulta pré-operatória
Realizar anamnese/ diagnóstico sobre aspetos subjetivos do estado	Identificar as principais dificuldades de compreensão e interação no período	Informar sobre os sintomas que deve ter e a medicação que tem em casa
Favorecer a expressão de medos e dúvidas	Fornece informação correta e complementar e esclarecimento de que riscos	Informar sobre os sintomas pré-operatórios e pós-operatórios
Favorecer a participação da família no cuidado e preparação	Favorecer a participação da família no processo	Informar sobre os sintomas, sinais, sintomas pré-operatórios
Informar sobre os diferentes programas de apoio e ajuda	Realizar o contacto de acordo com o tipo de cirurgia e criação de rede de suporte (relatives, amigos, vizinhos, etc)	Relatar a ocorrência de complicações, sintomas e da hospitalidade
Informar sobre o material necessário (bandeiras, etc)	Realizar o contacto pré-operatório	Participar no estado emocional (depressão)

8

INSTITUTO CUF ONCOLOGIA
RECORRER OS CUIDOS DE SAÚDE

UNIDADE DA MAMA

- Possui uma equipa multidisciplinar de especialistas, da mulher, com cancro da mama, desde o diagnóstico, tratamento e acompanhamento;
- Possui uma equipa multidisciplinar, com acesso à terapêutica e tecnologia mais avançada nesta área, permitindo condições de formação e especialização;
- Accionista controlada pelo BMSMA, desde 2019;
- Possui o melhor tratamento personalizado e adaptado, com uma abordagem multidisciplinar, desde a avaliação inicial até ao acompanhamento multidisciplinar.

9



10

EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

Guilherme, Rogério (2014)
"Gestão de enfermagem e uma intervenção centrada na avaliação de uma avaliação e implementação de plano de cuidados de enfermagem centrado de apoiar a melhoria a saúde e melhorar a qualidade de vida" (p.10)

Guilherme, Rogério (2017)
"A gestão de enfermagem tem a responsabilidade de apoiar a saúde, a educação e a formação de enfermeiros, com a implementação de planos de cuidados de enfermagem centrado de apoiar a melhoria a saúde e melhorar a qualidade de vida" (p.10)

Patricia Trunche (2017)
"...center on evidence-based practice and innovation, meeting the needs of patients and communities, and ensuring the highest quality of care" (p.10)

Patricia Trunche (2017)
"O sistema de saúde e educação é o que os enfermeiros e investigadores têm a oportunidade de melhorar e desenvolver, com a implementação de planos de cuidados de enfermagem centrado de apoiar a melhoria a saúde e melhorar a qualidade de vida" (p.10)

Wu (2012)
"Os enfermeiros devem considerar a avaliação e implementação de intervenções de enfermagem centrada de apoiar a melhoria a saúde e melhorar a qualidade de vida" (p.10)

11

PRINCIPAIS RESULTADOS
EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	ESTUDO(S)
EDUCAÇÃO PSICOLÓGICA	
Implementação de educação, preparação, avaliação e apoio	Trachten, Joseph, Ross et al (2015), Davis, Davis, Ross et al (2015), Barlow, Terry e Canfield (2015), Ross et al (2015), Ross, Terry, Barlow et al (2015)
Implementação de educação, preparação e apoio	Trachten, Joseph, Ross et al (2015), Davis, Davis, Ross et al (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015), Ross, Barlow e Ross (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015)
Educação de saúde	Wu et al (2012)
Realizar educação, preparação e apoio	Trachten, Joseph, Ross et al (2015)
Educação para melhorar a saúde e educação	Trachten, Joseph, Ross et al (2015), Davis, Davis, Ross et al (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015)
Educação para melhorar a saúde e educação	Trachten, Joseph, Ross et al (2015), Davis, Davis, Ross et al (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015)
Educação para melhorar a saúde e educação	Trachten, Joseph, Ross et al (2015), Davis, Davis, Ross et al (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015), Davis, Barlow, Ross et al (2015)

12

Apêndice VI – Guião de Entrevista

- Guião de entrevista -

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO

Estrutura física, equipamentos, recursos materiais da unidade:

- 1.1 Há quanto tempo foi criada a Unidade da Mama?
- 1.2 Qual a estrutura física da unidade?
- 1.3 Desde quando é responsável pela unidade?
- 1.4 Com que serviços a unidade articula?
- 1.5 Qual a forma de articulação da unidade com outros serviços?
- 1.6 Como é que se realiza a reposição de stocks de material?
- 1.7 Como é fornecida/reposta a medicação?
- 1.8 Que apoio proporciona às mulheres com CM?

2. Recursos humanos

- 2.1 Quais os profissionais, que a unidade, dispõem para a assistência direta às pessoas que prestam assistência?
 - 2.1.1 E com que outros técnicos se articulam e colaboram?

3. Modelo de cuidados

- 3.1 Quais os critérios de admissão na unidade?
- 3.2 Qual o método de trabalho na unidade?
- 3.3 Quais os protocolos e normas do serviço?
- 3.4 Como realizam o processo de sistematização da informação e o seu registo?
- 3.5 Funções dos profissionais de Enfermagem, dentro da equipa multidisciplinar?

4. Intervenções dos Enfermeiros

- 4.1 Como é realizado o acolhimento à pessoa e ao seu cuidador?
- 4.2 Que informação é colhida?
- 4.3 Como é definido o plano de intervenção para a pessoa?
- 4.4 Como se articula a informação na equipa?

4.5 Que população de utentes têm e com que problemas?

5. Acompanhamento da mulher/família com CM

5.1 Qual a proveniência da pessoa/família com CM?

5.2 Quando se inicia e como se processa o acompanhamento?

5.3 Como se realiza a articulação com serviços de saúde de apoio na comunidade?

(Fora da fundação)

6. Projetos de serviço

6.1 Que projetos se encontram a desenvolver na unidade?

7. Plano de Formação

7.1 Quais as próximas ações de formação dirigidas aos profissionais da unidade?

7.2 E dirigida aos enfermeiros?

Apêndice VII – Estrutura Organizacional e Funcional de uma Consulta Pré-Operatória de Enfermagem – Análise Crítica e Reflexiva das Práticas

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa 10º
Curso de Mestrado em Enfermagem *Área de*
Especialização Médico-Cirúrgica,
na vertente de Oncologia
Estágio na Instituição A

Análise Crítica e Reflexão das
Práticas

Mestranda:

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Médico-Cirúrgica,

na vertente de Oncologia

Estágio na Instituição A

Estrutura Organizacional e Funcional

de uma Consulta

Pré-Operatória de Enfermagem

Discente:

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Docente:

Prof.^a Eunice Sá

Orientadora de Ensino Clínico:

Enf.^a Leonor Bastos

Lisboa

Outubro 2019

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	158
2. ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DA UNIDADE DA MAMA DA INSTITUIÇÃO A.....	159
3. CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DA INSTITUIÇÃO A: PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	165
4. RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA UNIDADES ESPECIALIZADAS EM CANCRO DA MAMA – EUSOMA	168
5. ANÁLISE DAS PRÁTICAS EM CONTEXTO CLÍNICO NA INSTITUIÇÃO A ...	172
6. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS.....	176
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	178
Apêndices.....	180
Apêndice I - Guião de entrevista	181
Anexos	184
Anexo I – Recomendações no Pré-operatório	185

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CHULC – Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

CCC – Centro Clínico Champalimaud

EORTC - European Organization for Research and Treatment of Cancer

ESMO – European Society of Medical Oncology

EUSOMA – European Society of Breast Cancer Specialists

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SPIKES - Setting up the interview, perception, invitation, knowledge, Emotions, Strategy and Summary.

INTRODUÇÃO

No contexto do ensino clínico, do 10^o Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente oncológica, insere-se esta análise crítica e reflexiva da prática observada. Para tal, foi necessária a consulta de bibliografia, protocolos e procedimentos de enfermagem da instituição A, realização de uma entrevista à enfermeira orientadora, observação da prática e entrevistas informais a colegas, equipa multidisciplinar e enfermeira chefe. Este documento revela a sua importância estratégica, na medida em que vem dar resposta a um dos objetivos específicos delineados para este ensino clínico: “Compreender a dinâmica funcional e organizacional da consulta pré-operatória à mulher com cancro da mama”.

No sentido de desenvolver competências de enfermeira especialista nesta área, para mim é fundamental compreender a estrutura e funcionamento da consulta, os aspetos essenciais a ter em conta na sua criação e para além disso, procurar estabelecer a ponte com a realidade da Instituição C, onde pretendo colocar em prática as competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos a realizar. Estes, escolhidos de forma consciente e deliberada, constituem ambientes de ensino promissores no que concerne à riqueza prática e científica que poderei acrescentar ao meu portefólio profissional e pessoal.

Assim, numa primeira parte, realizarei uma breve descrição da estrutura física, seguida da descrição da estrutura organizacional e funcional da Instituição A, com base na consulta documental efetuada, na observação e na entrevista informal realizada. Numa segunda parte, será realizada uma reflexão e análise crítica no que refere à consulta pré-operatória de enfermagem à mulher com cancro da mama, em confronto com a evidência científica e por fim na conclusão, realizarei uma reflexão, apontando perspetivas futuras, principais preocupações na implementação da consulta na Instituição C e estratégias a desenvolver.

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E FUNCIONAL DA UNIDADE DA MAMA DA INSTITUIÇÃO A

De forma a compreender a estrutura Organizacional e Funcional desta Instituição, local do 1º ensino clínico, elaborei, através do Guião de Entrevista fornecido pela Regente da unidade curricular, um Guião de entrevista adaptado (Apêndice I) à informação que eu pretendia recolher, de forma a permitir-me realizar o objetivo específico delineado.

A Unidade da Mama desta Instituição foi criada em 2011, entrando em funcionamento em 2012. Possui a mesma chefia de enfermagem e clínica desde essa altura. Preocupada desde o início com uma estrutura que servisse as necessidades dos seus doentes, esta fundação, criou de raiz uma unidade pensada e ajustada às necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa/família com cancro da mama.

Estrutura física, equipamentos e recursos materiais da unidade:

A Unidade da Mama é constituída por:

- 1 Receção;
- 1 Sala de fotografia;
- 13 Gabinetes de consulta médica;
- 1 Posto de atendimento das auxiliares; 1 Gabinete de psico-oncologia;
- 1 Sala de pausa/sala de reuniões; 4 Gabinetes de enfermagem;
- 1 Gabinete de enfermeira chefe; 2 wc;
- 1 Sala de consumo farmacêutico/clínico (Pixies), 1 Sala de sujos;

1 Serviço de Imagiologia Mamária (integrada na Unidade da Mama, onde realiza: Osteodensitometria, mamografia, ecografia, ressonância magnética mamária, microbiópsia e biópsias por esterotaxia);

1 Sala de tratamentos do Hospital de Dia.

A Unidade da Mama, funciona entre as 8h00 e as 20h00 e dispõe de consultas de cirurgia, cirurgia plástica e reconstrutiva, oncologia médica, radioterapia, enfermagem e psico-oncologia. Articula-se com outras unidades, nomeadamente, com a Unidade de Cuidados Domiciliários/Cuidados Paliativos, Dermatologia, Ginecologia, Medicina Nuclear (PET/CT, cintigrafia óssea, pesquisa de gânglio sentinela e angiografia de radionúclidos), Farmácia, Radioterapia, Bloco Operatório e unidade multidisciplinar (onde se insere a consulta de genética). A sinalização das doentes para a Unidade da Mama é realizada pela equipa médica. Caso, através de um exame de rotina, seja detetada necessidade de acompanhamento pela Unidade da Mama, fica automaticamente com consulta médica e de enfermagem agendada para manutenção desse acompanhamento ao cliente.

O tratamento cirúrgico (preferencialmente conservador e com acesso à reconstrução mamária imediata sempre que necessário) e sistémico (quimioterapia, terapias biológicas, terapêutica hormonal e imunoterapia), são igualmente duas das vertentes desta unidade.

Esta Unidade tem como principal alvo o diagnóstico, tratamento e follow-up da pessoa/família com cancro da mama, bem como o seu acompanhamento ao longo de toda a trajetória da doença, fundamentando as suas intervenções nas recomendações internacionais da ESMO – European Society of Medical Oncology.

De acordo com as normas e protocolos consultados, verifiquei que nesta Unidade, encontram-se em vigor dezenas de ensaios clínicos, com o objetivo de avaliar um novo método, medicamento ou dispositivo, no sentido de melhorar ou até encontrar novas respostas para o diagnóstico, prevenção, triagem e tratamento do cancro da mama. De acordo com DL 46/2004 de 19 de agosto, um ensaio clínico é "... qualquer investigação conduzida no ser humano, destinada a descobrir ou verificar os efeitos clínicos, farmacológicos ou outros efeitos farmacodinâmicos de um ou mais medicamentos experimentais, ou a identificar os efeitos indesejáveis de um ou mais

medicamentos experimentais, ou a analisar a absorção, a distribuição, o metabolismo e a eliminação de um ou mais medicamentos experimentais, a fim de apurar a respetiva segurança ou eficácia" (p.5328).

O ensaio clínico é um processo que exige a colaboração dos diversos intervenientes e, acima de tudo, o consentimento informado livre e esclarecido dos participantes no estudo. Estes ensaios, poderão implicar desde a melhoria na qualidade de vida, alívio dos sintomas, atraso da evolução da doença ou até a sua cura, no entanto e apesar de contribuírem para o avanço da ciência, existem sempre riscos associados e/ou risco de efeitos secundários. Sendo uma instituição com um forte investimento na investigação, com vista à melhoria dos cuidados e dos serviços a oferecer aos seus clientes, estes ensaios, visam ainda garantir um acesso precoce aos tratamentos mais recentes e inovadores, oferecendo aos profissionais a oportunidade de avaliar os avanços e recuos clínicos, através de exames, monitorização regular, permitindo gerir uma rápida intervenção, caso os efeitos não sejam os mais desejados.

No que refere à reposição de material, esta é feita por níveis, debitada diretamente ao utente, com o número de processo (CCC – número no Centro Clínico Champalimaud), através do sistema “PIXIES” (Sistema de consumo farmacêutico/clínico informatizado). Este sistema encontra-se conectado à farmácia/consumo clínico do hospital, que através de meio informático verifica as necessidades de reposição, que realiza sempre que necessário.

Sempre que se verifica necessidade de administração de terapêutica, é feito um pedido informático à farmácia ou, em situações mais complexas a pessoa é encaminhada ao hospital de dia, com o qual, a Unidade se articula.

Constituição da equipa e descrição das práticas

De acordo com o Manual de Normas e protocolos da Instituição A, a Equipa da Unidade da Mama encontra-se vocacionada para o cuidado diferenciado à pessoa/família com cancro da mama reunindo peritos de várias especialidades, de forma a contribuir para a excelência dos cuidados centrados e individualizados atendendo à complexidade e exigência de cada situação. Esta equipa multidisciplinar envolve-se com foco num objetivo primordial, assegurar a melhor qualidade de vida

possível e a adequação do melhor tratamento disponível.

Assim, a equipa multidisciplinar da Unidade da Mama é constituída por:

- 6 enfermeiros
- oncologistas
- imagiologistas
- cirurgiões oncológicos
- especialistas em medicina nuclear
- 2 cirurgiões de cirurgia plástica e reconstrutiva 2 especialistas em cuidados paliativos
- 2 radio-oncologistas
- 2 anatomofisiologistas
- 1 especialista em genética 1 psico-oncologista

A equipa de Oncologistas é coordenada pela Dr^a FC. A equipa Cirúrgica pela Dr^a MJC e a equipa de Enfermagem, coordenada pela Enf.^a SP.

A triagem das primeiras consultas é realizada por um médico das diferentes especialidades e tem como principal objetivo remir tempo de atuação, uma vez que deteta através do historial e exames da utente, casos urgentes e não urgentes e ainda, orienta/direciona e referencia cada pessoa/família com cancro da mama para a especialidade adequada à sua situação (Manual de Normas e Protocolos da UM da Instituição A).

De acordo com o Manual da UM e da minha observação, foi-me possível observar, que antes de qualquer consulta de especialidade médica, a equipa de enfermagem realiza uma consulta de enfermagem de apoio, onde é realizado e preenchimento de um questionário, posteriormente digitalizado e incluído no processo clínico on-line.

Assim, na equipa de enfermagem, destaco as várias valências no que refere à intervenção dos enfermeiros, nomeadamente:

- Consultas de apoio de enfermagem: intervém no apoio/cuidados à pessoa/família com cancro da mama, com necessidade de ensino acerca de tratamento oncológico (quimioterapia, terapêutica hormonal, biológica ou outra), ensaios clínicos, pensos entre outros tratamentos;

- Consultas de Linfedema: é realizado ensino para prevenção e/ou regressão do linfedema.

- Consultas cirúrgica de enfermagem: realizados ensinios pré-operatórios, quer a doentes internados ou em ambulatório com cirurgia oncológica da mama e ainda registo fotográfico, incluído no processo clínico. Nestas consultas são utilizados instrumentos validados, tais como o Termómetro de Distress da NCCN – National Comprehensive Cancer Network, para doentes Oncológicos e a Avaliação Geriátrica G-8, da EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer de 2014, para doentes idosos com cancro.

- Consultas de follow-up de enfermagem: realizado apoio a doentes em ambulatório e a doentes com doença metastática e controlo sintomático.

Os enfermeiros prestam ainda apoio telefónico e por e-mail na unidade dentro do horário laboral, sendo que a partir das 20h, os enfermeiros do internamento, continuam o apoio apenas por telefone, bem como durante 24h ao fim de semana.

As intervenções de enfermagem, adequadas às necessidades da pessoa/família com cancro da mama, assentam numa comunicação eficaz, tão indispensável na concretização deste objetivo, bem como a entrevista realizada é orientada através do protocolo SPIKES (Setting up the interview, perception, invitation, knowledge, Emotions, Strategy and Summary). Nesta perspetiva, a consulta de enfermagem é estruturada da seguinte forma¹¹:

¹¹ Informação obtida através do Manual de protocolos e procedimentos da CCC, maio de 2018

- Acolher doente e família;
- Obter informação clínica e psicossocial;
- Avaliar as necessidades e déficits de autocuidado do doente relacionados com a sua situação de doença;
- Demonstrar disponibilidade para contactos futuros.

Cada um dos itens apresentando anteriormente, inserem um conjunto de intervenções de enfermagem, das quais, através da disponibilidade demonstrada e do registo adequado da informação obtida no processo clínico on-line, constituem uma fonte privilegiada de conhecimento individualizado de cada um dos clientes do CCC.

Abordando de uma forma mais específica a intervenção especializada da equipa de enfermagem, no refere à consulta pré-operatória de enfermagem, passarei a indicar, as principais intervenções na consulta pré-operatória de enfermagem, ensinamentos efetuados e possíveis encaminhamentos.

CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DA INSTITUIÇÃO A: PRINCIPAIS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A consulta cirúrgica de enfermagem, surge no contexto de uma decisão terapêutica de tratamento cirúrgico em reunião da equipa multidisciplinar, sendo posteriormente explicada a mesma, à cliente, pelo seu médico assistente.

Na consulta de enfermagem, os principais objetivos são, acolher a mulher/família, realizar o esclarecimento de dúvidas, informar sobre os cuidados a ter no pré-operatório e no pós-operatório, reduzir o nível de ansiedade perante o procedimento cirúrgico e o percurso durante esta fase de tratamento dentro da instituição, fornecer apoio emocional e realiza-se um registo informático, no processo clínico on-line, registo este acessível a toda a equipa dentro da Unidade da Mama (Manual de Normas e Protocolos da Unidade da Mama).

Estrutura da consulta pré-operatória

Na receção é atribuído um telemóvel com uma aplicação desenvolvida pela fundação, a todas as clientes, onde recebem mensagens e indicações dos locais e horas onde se têm de dirigir dentro do CCC. Após assinalada a presença da cliente na instituição, a enfermeira tem acesso no computador, através do sistema de informação «Glynt», à hora de entrada da mesma, consultas e tratamentos a realizar dentro da instituição. Mediante a hora agendada, a enfermeira contacta telefonicamente a auxiliar do posto de atendimento para chamar a cliente e encaminhá-la à sala de consulta de enfermagem.

A chegada à sala de enfermagem a consulta é conduzida da seguinte forma:

1. Apresentar-se e explicar o motivo da consulta;
2. Pedir o preenchimento do instrumento: Termómetro de “Distress”;
3. Responder a dúvidas/questões da cliente/família;

4. Transmitir informação acerca de:
 - vestuário mais adequado, produtos de higiene e utensílios pessoais necessários;
 - Necessidade de jejum;
 - Toma de medicação habitual – suspensão de medicação antiagregante e anticoagulante;
 - Maquilhagem e adornos;
 - Linfocintigrafia (quando aplicável);
 - Procedimentos habituais no pré-operatório e no pós-operatório;
 - Tempo previsível de internamento;
 - Regulamento de visitas.
5. Entrega de documentação escrita com recomendações para pré-operatório e pós-operatório;
6. Indicado dia da próxima consulta de enfermagem pós-operatória;
7. Clientes com previsão de esvaziamento axilar, realizar ensinios, fornecer documentação e agendar consulta de enfermagem de linfedema;
8. Registo fotográfico frontal e lateral da mama afetada e da mama contralateral.

No caso de doentes propostas para cirurgia ambulatória (colocação de cateter de implantofix®, entre outros.), são abordados os itens 3,4 e 5 e ainda, que após cirurgia têm de sair acompanhados por um adulto responsável, não ficar a mais de 50km da instituição na 1ª noite, sugerindo-se pernoitar perto da área da fundação, de modo a poder recorrer à mesma, em caso de necessidade.

O documento escrito entregue à mulher/família, incorpora recomendações no pré-operatório, explicadas e abordadas em consulta de enfermagem, apresenta os contactos dos cirurgiões e da consulta de enfermagem da Unidade da Mama, indica (caso se aplique) o dia e hora para Linfocintigrafia, bem como um espaço para indicar o dia e hora que deve comparecer para cirurgia.

Por fim, apresenta um resumo das informações disponibilizadas (Anexo I) e a cumprir antes da cirurgia, já descritas anteriormente, realçando ainda, indicações acerca do banho pré-operatório e a necessidade de se fazer acompanhar por um soutien com características específicas a esta situação (aberto à frente, com alça larga, confortável, mas que dê suporte e contenção no 1 mês de pós-operatório, tendo de o utilizar de dia e de noite).

Esse documento, apresentado em Anexo I, foi realizado por um elemento da equipa médica de cirurgia, apresentado em reunião multidisciplinar, tendo obtido o contributo da equipa de enfermagem, sendo acordada a sua implementação na Unidade da Mama.

No que refere ao registo fotográfico, realizado normalmente no fim da consulta pré-operatória, pela enfermeira, requer consentimento informado, e tem como principal objetivo documentar e permitir a comparação entre o antes e depois da cirurgia, auxiliar na decisão e abordagem cirúrgica e, permitir futuros estudos de investigação. Este registo é realizado numa sala própria com fundo azul, proporcionado uma melhor qualidade de imagem e uniformização do registo a obter. A mulher despe a roupa, expondo apenas a região toraco-abdominal, sendo fotografada do pescoço para baixo e da cintura para cima, sempre com as mãos na cintura (2 fotografias frontais, uma com foco na região a operar, outra mais abrangente, mostrando a região abdominal, de lado, 1º do lado a intervencionar e depois do lado contralateral.)

Nesta altura realiza-se ainda, uma medição da copa, altura e peso da mulher, ficando incluído no processo clínico on-line, bem como o registo fotográfico, acima descrito.

RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS PARA UNIDADES ESPECIALIZADAS EM CANCRO DA MAMA - EUSOMA

Considerada um centro de referência nacional, no que refere à investigação e tratamento do cancro, a Unidade de Mama Instituição A, foi criada em 2011 e, em setembro de 2014, tornou-se "Full Member of Breast Centres Network". Em maio de 2016 obteve a certificação europeia de "Breast Centres Certification", tornando-se assim a primeira Unidade de Cancro de Mama certificada em Portugal¹². Esta certificação, declara que a Unidade de Mama se encontra em conformidade com as diretrizes da European Society of Breast Cancer Specialists - EUSOMA, enquanto centro especialista em tratamento do cancro da mama, sendo considerada também, uma das unidades de excelência a nível europeu e mundial.

Nesta perspetiva, a escolha deste local de estágio, consciente e intencional, proporcionou-me uma visão no terreno de uma unidade com as características ideais, à luz das recomendações internacionais existentes, sendo considerado um centro de referência em termos de diagnóstico, tratamento e investigação em oncologia, com um ambiente físico de cuidados de elevada qualidade e, especialmente, porque possui uma equipa multidisciplinar treinada e especializada na assistência à mulher com cancro da mama.

A EUSOMA, publicou em 2000, a sua posição no que refere aos requisitos essenciais para unidades especializadas de Mama. Este primeiro documento, amplamente aceite pela comunidade clínica e científica, constituiu o primeiro passo para aquelas que seriam, as recomendações internacionais mandatórias e perspetivadas pelas várias instituições de cuidados, procurando dar resposta à necessidade e ao direito da mulher/família com cancro da mama ao acesso e acompanhamento multidisciplinar e multiprofissional (Wilson, Marotti, Bianchi et al, 2013). De acordo com estes autores, membros da EUSOMA e no documento que elaboraram, pretendem reunir todos os critérios e guidelines no que concerne à «organização modelo» para "Centros de Mama", tais como os recursos, a perícia

¹² Disponível em: <https://www.fchampilimaud.org/centroclinicofc/unidades/mama>.

exigida e auditoria de dados, no sentido de prestar cuidados de elevada qualidade de à mulher/família com cancro da mama.

Definição de conceitos pela EUSOMA

Centro de mama – Local onde o cancro da mama é diagnosticado e tratado. Deve prover todos os serviços necessários, desde genética, prevenção, tratamento do tumor primário, cuidados especializados na doença avançada, palição e sobrevivência.

Esta unidade deve ser composta por um grupo coeso e dedicado, de especialistas em cancro da mama, que em equipa multidisciplinar prestam cuidados de excelência em todo o percurso da doença.

Guidelines – Recomendações, incluído a organização local das unidades/centros especializados de mama, para o diagnóstico e manutenção do cancro da mama em todos os estadios, incluindo vigilância e follow-up tardio.

Auditoria de dados – Monitorização de dados e discussão multidisciplinar dos resultados, apresentam-se como indicador de qualidade da mama e benchmarking com o objetivo de identificar problemas críticos e tomar as medidas corretivas apropriadas, incluindo projetar novas diretrizes ou rever as atuais.

Reunião Multidisciplinar da Mama – Reunião com os profissionais de saúde da mama, das diferentes áreas, com o intuito de avaliar e planear o atendimento ao paciente em qualquer momento do processo de diagnóstico e tratamento.

Equipa da Unidade da Mama – radiologista, técnico de radiologia, cirurgião da mama, cirurgião plástico, ginecologista, patologista, médico oncologista, medicina nuclear, enfermeiro especialista oncologia, técnico para tratamento de dados, especialistas consultores, geneticista, psicólogo, psiquiatra, fisioterapeuta, outros técnicos, administrativos etc. A equipa multidisciplinar deve envolver-se em formação

e atualização constante, devendo organizar pelo menos um curso/conferência/workshop a nível local, regional ou nacional.

Neste documento de consenso, existe ainda a recomendação para a um coordenador da área/ médico especialista, criação de protocolos de atuação/intervenção, realizar auditorias frequentes, reuniões multidisciplinares semanais, programa de triagem, evitando repetição desnecessária de exames e consequente adiamento inadvertido da decisão terapêutica e, por fim, a comunicação do diagnóstico, tão rápido quanto possível (o paciente deve começar o tratamento nas 4 semanas seguintes ao diagnóstico inicial).

Recomendam ainda que apesar da informação verbal, esta deve ser entregue igualmente de forma escrita, personalizada e adaptada por cada unidade de mama, às necessidades da sua população alvo. Deve informar-se a pessoa/família acerca de grupos de apoio/ajuda específicos na área e/ou apoio jurídico, bem como informar acerca dos direitos do doente oncológico, delineadas pelo Parlamento Europeu¹³.

Outro aspeto abordado neste documento, refere-se à importância da investigação como sendo essencial ao treino da equipa multidisciplinar. O Centro de Mama deve registar os números de pacientes que participam de ensaios clínicos, colhem dados e analisam/avaliam resultados. O Centro de Mama deve incluir pelo menos 10% de todos os pacientes nos ensaios clínicos, assumindo a escolha do paciente totalmente esclarecida e informada.

Requisitos de uma enfermeira de Unidade de Mama

- Possuir pelo menos dois anos de experiência profissional;
- Dedicar-se a tempo inteiro à patologia mamária, sendo que o tempo integral é calculado com base no tempo de trabalho semanal;
- Participar nas reuniões da equipa multidisciplinar;
- Estar disponível e prestar cuidados em todo o percurso do paciente desde o diagnóstico até o tratamento e acompanhamento, para oferecer

¹³ https://diretiva.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/Directiva_2011-24.pdf

conselhos práticos, apoio emocional, mais explicações sobre o plano de tratamento e informação educacional sobre efeitos colaterais;

- Realizar apoio no momento da comunicação do diagnóstico e em caso de comunicação de doença recorrente ou avançada. (ou está presente na consulta ou tem uma consulta imediatamente depois, no máximo, uma semana após o diagnóstico);
- Realizar follow-up;
- Desenvolver protocolos, fluxogramas de circuito dos pacientes, lista de informações e material a disponibilizar à mulher e família com cancro da mama.

ANÁLISE DAS PRÁTICAS EM CONTEXTO CLÍNICO NA INSTITUIÇÃO A

De acordo com Gomes e Silva (2016), a mama constitui o “símbolo de beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida” (p.1). Ainda para estas autoras, perante o diagnóstico da doença, muitas mulheres vêm a cirurgia como o principal meio de resolução da situação de doença, uma vez que a preocupação inicial e primordial é a sobrevivência. Segundo Arraras, Greimel, Sezer et al (2010), os esclarecimentos e/ou informações fornecidas acerca da doença e seu tratamento constituem a base dos cuidados de suporte aos doentes oncológicos, uma vez que esses passam a beneficiar da tomada de decisão partilhada, de maior satisfação com os cuidados prestados, de melhoria na sensação de controlo em todo o processo, da redução dos níveis de ansiedade, da melhoria da comunicação com o enfermeiro/equipa e família e ainda de uma melhoria no que refere à qualidade de vida.

Tal como fui demonstrando ao longo desta reflexão, a doença oncológica não é uma ocorrência com um fim definido e bem delimitado, muito pelo contrário, é uma situação permanente/crónica. Neste sentido, antevê-se o crescimento de um grupo de doentes sobreviventes de cancro, com necessidades muito específicas/complexas desafiando o enfermeiro, para intervenções cada vez mais exigentes e especializadas e que se pretende que contribuam para a melhoria da qualidade de vida atendendo àquilo que a mulher/família identificam como sendo “o seu nível de funcionamento comparado com o que entendem como possível ou ideal” (Pinto e Ribeiro, 2006, p.40), promover a autonomia e ainda preservar e/ou restaurar o seu bem-estar.

Atendendo ao Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), compete ao enfermeiro garantir “práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p.4747) bem como desenvolver competências no “domínio da melhoria contínua da qualidade” (p.4747), onde certamente se insere a comunicação, um elemento chave no âmbito da consulta e claro, em todo o processo de cuidar o doente oncológico e sua família, com vista ao desenvolvimento de aprendizagens, do autoconhecimento e assertividade, baseando a prática clínica na melhor evidência científica disponível.

Durante este estágio e, em consonância com o descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, procurei atender aos quatro domínios de competências partilhados por todos os enfermeiros especialistas e que assentam na responsabilidade e ética, na melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e no desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Atendendo à observação da prática do trabalho desenvolvido e preconizado nesta instituição, no que refere à Unidade de Mama e, à luz das recomendações internacionais para a sua organização, considero que a mesma incorpora todas as indicações, inclusive, presta cuidados de elevada qualidade, atempadamente e de forma integrada, da qual pude fazer parte. Neste sentido, todas as quartas-feiras realiza-se a Reunião Multidisciplinar, numa sala de reuniões própria, onde são apresentados todos os casos da semana, são visualizados exames e são discutidas opções terapêuticas, intervenções futuras, bem como inclusão ou exclusão de ensaios clínicos. Todas as quintas-feiras existe ainda, no serviço o “Journal Club and breakfast”, onde um elemento da equipa multidisciplinar, pode apresentar, num ambiente informal e descontraído, tomando o seu pequeno almoço, as últimas notícias na área do cancro da mama, tratamentos inovadores, estudos e investigação recente nesta área.

A equipa multidisciplinar está verdadeiramente motivada e vocacionada para o desenvolvimento e investigação na área oncológica do cancro da mama. Integrada nesta equipa, pude realizar consulta pré-operatória de enfermagem, estruturada e dirigida para o apoio e orientação da mulher com cancro da mama, recorrendo a instrumentos de avaliação, validados e testados, de modo a identificar e solucionar problemas precocemente. À semelhança do recomendado, organiza formações, eventos e proporciona momentos de formação a toda a equipa. O facto de apresentar-se à população, como um centro que possui todas as valências e profissionais especializados num só centro, consegue colocar-se entre os melhores a nível europeu e dar resposta em tempo útil às necessidades de cuidados e de apoio destas mulheres e suas famílias.

O papel do enfermeiro, determinante em todo este processo, é visível, adequado e especializado, quer no apoio durante o diagnóstico, após decisão

terapêutica, palição ou sobrevivência. Neste sentido, é essencial legitimar a importância de uma avaliação sistémica e global na abordagem ao doente/família em qualquer contexto de doença, mas fundamentalmente em contexto de doença oncológica. O cancro da mama, constitui um dos diagnósticos mais temidos entre as mulheres, quer pela sua incidência, mortalidade, alterações psicológicas, familiares, da imagem corporal, autoestima, quer pelas alterações na sexualidade (Abrão, Besson, Bueto et al, 2010). Muito além do impacto que o diagnóstico de cancro de mama poderá ter nas alterações psicológicas destas mulheres, a falta de informação pode aumentar sentimentos de insegurança, medo e incerteza quanto ao futuro, pelo desconhecimento do tipo de apoios, tratamentos, reabilitação e prognóstico de sobrevivência (Lopes, Bergerot, Barbosa et al, 2018). Assim, cabe ao enfermeiro através da melhor evidência científica disponível, identificar as principais necessidades destas mulheres e elaborar estratégias de cuidados de suporte no que refere à prevenção e manutenção do impacto e efeitos do cancro da mama, gerindo não só, sintomas físicos, mas também psicológicos.

Os cuidados de suporte em todo o processo da experiência de cancro, ou seja, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento antineoplásico (médico e/ou cirúrgico), aos cuidados pós-tratamento, reforçando a reabilitação, a prevenção do cancro secundário, a sobrevivência até aos cuidados em fim de vida, são essenciais para a prestação de cuidados de excelência, que se entendem globais e, onde se respeitam valores e crenças, refletem os princípios éticos, e se amenizam possíveis complicações, tornando essa experiência o menos traumática possível (EONS, 2018). Tendo em conta o ambiente e estrutura física da Unidade da Mama, percebe-se a vantagem em possuir de forma centralizada e integrada todas as especialidades e valências que se articulam de uma forma harmoniosa e funcional, com o principal intuito de cuidar, tratar e acompanhar estas mulheres e suas famílias numa fase tão complicada, por vezes pouco linear, como é o percurso de uma doença oncológica.

Sendo um centro de referência nacional e europeu, a Instituição A, recebe mulheres, de todo o país e ilhas e, também do estrangeiro. A solução encontrada para manter um atendimento de qualidade e adaptado às necessidades da mulher, centrando os cuidados na pessoa, foi incluir um follow-up com registo fotográfico e indicações por e-mail. A cliente, tem a possibilidade de manter a vigilância e o contacto com a unidade da mama através da equipa de enfermagem, que de forma atempada

dá resposta às dúvidas, questões e sempre que necessário articula com o médico assistente, de forma a minimizar complicações e/ou convocar a cliente para uma consulta presencial. Esta metodologia, permite empoderar a pessoa e incluí-la, não só em todo o percurso da sua doença, mas principalmente na tomada e decisão. O apoio/ensino e a capacitação prestados pela equipa de enfermagem, é muitas vezes, salientado na consulta pós-operatória, pelas próprias mulheres, como uma intervenção fundamental e preponderante neste processo, só por si, angustiante e revestido de incerteza, medo e ainda, cansaço emocional, sintomas estes, debelados em grande parte, mediante um atendimento planeado, dirigido e “nivelador” de expectativas quanto ao futuro.

CONCLUSÃO

Considero que este estágio na Instituição A, contribuiu de certo modo, para que pudesse integrar processos de aquisição/desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, valores e experiências individuais/profissionais variadas, no contexto da consulta pré-operatória, tendo-se revelado um local privilegiado de aprendizagem. Esta análise, permitiu-me ainda, comparar recomendações internacionais para unidades de mama, pela EUSOMA, com a realidade de uma Unidade concebida para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento da mulher com cancro da mama, e que segue essas mesmas recomendações. Identifiquei ainda, um ambiente de cuidados, em que a promoção do autocuidado em mulheres com cancro de mama na consulta de enfermagem pré-operatória, incorpora, na sua essência, o sentido do compromisso ético-legal e profissional, o ensino/capacitação, o direito ao cuidado (art.º 104, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE) e o dever de informação (art.º 105, REPE) em todas as intervenções do enfermeiro na prestação direta de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 1996). A coresponsabilização no atendimento à pessoa em tempo útil, a informação ao indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem e, informar eficazmente acerca dos recursos a que a pessoa pode ter acesso e a forma de os obter, são igualmente, parte integrante deste compromisso ético-legal (OE, 2015). Ainda neste contexto, “a informação como dever, assenta sobre bases sólidas, tais como, os princípios da autonomia, da dignidade e da liberdade da pessoa” (OE, 2015, p.73).

Ao olhar para o tema proposto para o Relatório - Capacitação da mulher com Cancro da Mama: Criação de uma consulta especializada de enfermagem pré-operatória, a desenvolver e concretizar no meu local de trabalho, percebo melhor, agora, algumas das dificuldades e contratempos que poderão surgir. A realidade administrativa e financeira é outra, no entanto e, apesar de um longo caminho a percorrer na construção e no “encaixar” de todas as peças que darão lugar à primeira consulta pré-operatória para adultos, neste caso, mulheres com cancro da mama na Instituição C, mantenho a convicção de que este projeto será um excelente contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e no apoio a estas mulheres e

suas famílias. Durante esta análise, deparei-me ainda, com um aspeto, relativo aos requisitos para as Unidades de Mama, que poderá transformar uma das fraquezas, apontadas por mim, na análise Swot do projeto de estágio, em força. Essa fraqueza, «a dispersão dos recursos», existente na instituição onde exerço funções atualmente, pode manter-se, uma vez que, à luz das recomendações da EUSOMA, a equipa multidisciplinar, não tem necessariamente, que ser uma entidade geograficamente única. O centro pode ser formado por serviços e especialistas de mais do que um hospital, nesse caso Centro Hospitalar, desde que dentro da mesma área geográfica permitindo um trabalho multidisciplinar próximo e que garanta fácil acesso a todos os serviços necessários, constituindo ainda assim um grande desafio.

Em suma, o cuidar em enfermagem em oncologia, deve reunir/integrar todos esses conceitos preconizados pela EUSOMA entre outras, em que o centro é a mulher e a relação entre a competência, o contexto de prática clínica e o ambiente que nos rodeia, transforma-se e altera-se permitindo mobilização de vários saberes, na procura da qualidade, adequada visibilidade social e de uma prática especializada e de excelência com foco na singularidade e na individualização do ato do cuidar. Tal como diz, Serrano, Marotti, Bianchi et al (2011), “tudo depende de nós, dependendo de cada um a escolha de ficarmos à margem da correnteza ou mergulhar nela” (p.20). Ainda de acordo com o mesmo autor, a forma como se revela a competência do “estar em situação” e do “agir em contexto” passa por uma série de dimensões intrapessoais, como ter consciência de si, do outro, das tarefas, do contexto e domínio das capacidades (p.22).

A realização desta análise crítica das práticas, constitui um meio através do qual me foi possível perceber que a «formação/especialização» em enfermagem vai muito além da indispensável capacitação técnica, permitindo aos profissionais embarcar numa “aventura criadora”, onde se aprende a “(re)construir”, observar, constatar, para poder mudar, intervindo de forma eficaz em situações complexas e desafiantes, idênticas, às vividas neste ensino clínico e, com certeza, nos que virão!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrão, R., Besson, RB., Buetto, LS., Sonobe, HM., Lenza, NFB. et al, (2010). Nursing care to the women with breast cancer: literature review. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 5(6), 1526–1533. <https://doi.org/10.5205/reuol.1262-12560-1-le.0506201128>

Arraras, J., Greimel, E., Sezer, O., Chie, W., Bergenmar, M., Costantini, A., ... Velikova, G. (2010). An international validation study of the EORTC QLQ-INFO25 questionnaire: An instrument to assess the information given to cancer patients. *EUROPEAN JOURNAL OF CANCER*, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2010.06.118>

European Oncology Nursing Society. (2018). Cancer Nursing Education Framework Contents.

Lei nº46/2004. Diário Da República, 1ª Série -A - Regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano (195), 5368–5378.

Lopes JV, Bergerot CD, Barbosa LR, Calux NMCT, Elias S, Ashing KT, et al. (2018) Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet];71(6):2916-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>

Manual de Normas e Protocolos da Unidade da Mama da Instituição A, revistos em dezembro de 2018

Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento n.º 140-2019 Regulação de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. 12p.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Deontologia Profissional. Pelo conselho Jurisdicional (2008/2011). ISBN: 978 989-8444-30-1. 240p.

Pinto, C.; Ribeiro, J.L.P. (2006) A Qualidade de Vida dos Sobreviventes de Cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Jan/junho, 24 (1): 37 – 56.

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

Wilson, A. R. M., Marotti, L., Bianchi, S., Biganzoli, L., Claassen, S., Decker, T., ... Cataliotti, L. (2013). The requirements of a specialist Breast Centre. *European Journal of Cancer*, 49(17), 3579–3587. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2013.07.017>

Apêndice VIII – Consulta Pré-Operatória de Enfermagem Mulher com CM:
Aplicação da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Médico-Cirúrgica,

na vertente de Oncologia

Estágio na Instituição B

Análise Crítica e Reflexão das Práticas

Mestranda:

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Médico-Cirúrgica,

na vertente de Oncologia

Estágio na Instituição B

Consulta Pré-Operatória de Enfermagem à Mulher com Cancro da Mama: Aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem

Discente:

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Docente:

Prof.^a Eunice Sá

Orientadora de Ensino Clínico:

Enf.^a Ana Almeida Sousa

**Lisboa
Outubro 2019**

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	4
1. A TEORIA DE OREM.....	7
2. A TEORIA DO AUTOCUIDADO.....	7
3. A TEORIA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.....	8
4. A TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM	10
5. TEORIA DE OREM E A SUA APLICAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA À MULHER COM CANCRO DA MAMA	17
6. CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30
APÊNDICE 1 – Educação para A Saúde – Autoavaliação do Utente/Cuidador.....	32

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EONS – European Oncology Nurse Society

EUSOMA – European Society of Breast Cancer Specialists

ICN – International Council of Nurses

NCCN – National Comprehensive Cancer Network

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNDO - Plano Nacional para as Doenças

Oncológicas SNS – Sistema Nacional de Saúde

INTRODUÇÃO

No contexto do ensino clínico, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente oncológica, insere-se esta análise crítica e reflexiva, com o intuito de relacionar a prática clínica com a Teoria do Autocuidado de Orem. Esta análise surge no segundo estágio, na Instituição B, como resposta à importância atribuída às atividades de autocuidado e, no sentido da fundamentação teórica da intervenção de enfermagem no âmbito da consulta pré-operatória, no que refere à promoção do autocuidado da mulher com cancro da mama proposta para cirurgia. Assim, considero que este documento revela-se de extrema importância, na medida em que, agora, com um conhecimento mais alargado do contexto e da complexidade das necessidades educativas e de suporte destas mulheres, é-me possível analisar e refletir a prática clínica de uma forma mais estruturada, tendo por base a Teoria do Autocuidado.

O estado de arte intrínseca a esta filosofia de cuidados de Orem, é fortemente norteadora dos princípios inerentes aos cuidados, que se pretendem de excelência e cada vez mais personalizados e dirigidos à mulher e sua família com patologia mamária, em contexto pré-operatório.

A doença oncológica, sendo considerada uma doença crónica, complexa na sua intervenção, reveste-se de necessidades muito particulares de apoio/suporte educativo e emocional ao longo do percurso

da doença, traduzindo-se em necessidades de “cuidar de si” ou de autocuidado (Bezerra, Faria, Jesus, Reis, Pinho e Kamada, 2018). Atualmente verifica-se uma mudança efetiva face às necessidades de cuidados individualizados, aspeto este muito relacionado com o envelhecimento da população, surgindo por parte das políticas de saúde e sociais, a preocupação de identificar os indivíduos em risco de dependência e, desta forma criar respostas adequadas às suas necessidades. Para além do envelhecimento, indicador com peso nas mulheres com cancro da mama, a cirurgia oncológica mamária acarreta também outra das preocupações e necessidades de intervenção especializada. De acordo com o Plano Nacional para as Doenças Oncológicas, PNDO (2015), “o número de cirurgias oncológicas realizadas tem

continuado a aumentar (p.28). O Relatório Anual de acesso aos Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS (2018), indica que, o número de doentes operados cresceu para 594.978 (mais 0,1% do que em 2017), uma resposta ao aumento dos doentes propostos para cirurgia (706.103 em 2018, mais 6.971 do que em 2017).

No que refere ao tratamento do cancro da mama, cerca de 60 a 80% dos cancros recém-diagnosticados são passíveis de conservação da mama, sendo a cirurgia por tumorectomia a principal escolha cirúrgica para o cancro da mama (Cardoso, Kyriakides, Ohno, Penault-Llorca, Poortmans, Rubio, ... Senkus, et al, 2019). A mastectomia por sua vez, é realizada ainda em algumas mulheres principalmente devido ao tamanho do tumor, localização do tumor, incapacidade de alcançar margens cirúrgicas negativas após múltiplas ressecções, radiação prévia à parede torácica/mama ou outras contra-indicações à Radioterapia, inadequação para conservação de mama oncoplástica e ainda, por escolha da mulher (Cardoso, Kyriakides, Ohno, Penault-Llorca, Poortmans, Rubio, ... Senkus, et al, 2019).

De acordo com a NCCN - National Comprehensive Cancer Network (2011), as principais complicações que advêm de uma cirurgia oncológica da mama, são, o edema, dor, cicatriz, deiscência, infeção do local cirúrgico, alterações na pele e sensação de peso na mama operada, na excisão de gânglios, surge o linfedema como principal complicação, mamas mais pequenas e endurecidas, dormência na pele ou no braço e dificuldade na movimentação do braço, do lado operado. Nesta perspetiva, surge a necessidade de incluir a teoria de Orem e o seu conceito de autocuidado, que explica e imprime às intervenções especializadas de enfermagem competências únicas na preparação da mulher com cancro da mama e sua família para a cirurgia.

De acordo com Bezerra, Faria, Jesus, Reis, Pinho e Kamada (2018), a aplicação da Teoria do Déficit do Autocuidado, possui diversos benefícios, no que refere à melhoria da qualidade de vida do doente, através das intervenções de enfermagem que promovem “ações de cuidar”. Neste documento, pretendo assim, abordar a intervenção de enfermagem no contexto da consulta pré-operatória, na capacitação desta mulher, empoderando-a no sentido da promoção do autocuidado, autonomia e potenciando uma alta eficiente e planeada com foco na reabilitação e inclusão na família e sociedade, da forma mais eficaz e precoce possível. Perante a

identificação das principais complicações, pretende-se ainda, delinear um plano efetivo de intervenção nas vertentes psicológica/emocional e educativa destas mulheres e suas famílias, com vista ao acompanhamento e ao ensino pré-operatório. Desta forma, numa primeira parte, será abordada a Teoria do Autocuidado de Orem nas três teorias inter-relacionadas e seus conceitos e, numa segunda parte, realizarei uma análise da minha atuação ao nível da consulta pré-operatória de enfermagem integrando aspetos que comprovam a aplicabilidade desta teoria na prática clínica de enfermagem e principais intervenções. Por fim, finalizarei com uma breve conclusão, que sintetizará aquela que foi a minha experiência na integração de conhecimentos teórico-práticos no âmbito do Estágio realizado na Instituição B.

1. A TEORIA DE OREM

Em termos gerais, a Teoria de Orem consiste no reconhecimento no outro de capacidades para “cuidar de si” e, quando essas capacidades diminuem ou estão ausentes, é necessária a intervenção do enfermeiro no “processo do cuidar”, promovendo a manutenção da quantidade e da qualidade do autocuidado, nomeadamente no que refere, à sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão e/ou na gestão dos seus efeitos (Galvão e Janeiro, 2013).

Orem desenvolveu ainda três teorias inter-relacionadas, que procuram atribuir uma importância à relação única e indivisível entre o ser humano e o ambiente e, à forma como os dois se influenciam, como sendo, a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (Carretas e Fonseca, 2017).

1.1 A TEORIA DO AUTOCUIDADO

Orem (2001), define autocuidado como o “desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar “(p.48). Ainda de acordo com os mesmos autores, o “autocuidado é a chave dos cuidados de saúde e é visto com uma orientação subjacente à atividade do enfermeiro e que a distingue de outras disciplinas” (p.227). Em suma, a Teoria do Autocuidado é sustentada na premissa em que, cada indivíduo consegue cuidar de si e ainda beneficiar do cuidado de enfermagem quando incapazes para autonomia (Carretas e Fonseca, 2017).

De acordo com o ICN – International Council of Nurses, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® Versão 2), define-se autocuidado como: “Atividade Executada pelo Próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2011 p. 41).

Em suma, a Teoria de Orem pretende explicar quando, de que forma e através de que métodos e sistemas, os enfermeiros providenciam cuidados, atendendo às necessidades individuais de autocuidado (Karakashian e Smith, 2018). Nesta perspetiva e ainda segundo os mesmos autores, o autocuidado é visto como um “regulador” do funcionamento humano, que envolve a prática de atividades de forma

deliberada de modo a promover saúde e bem-estar. Assim, deste modo, o autocuidado é aprendido através de uma variedade de processos, tais como, educação, cultura e experiência individual.

De acordo com Karakashian e Smith (2018), as necessidades de autocuidado dividem-se nas seguintes categorias, necessidades universais de autocuidado, que incluem as necessidades de vida diária, tais como: alimentar-se, a higiene, dormir e a interação com os outros. As necessidades de desenvolvimento, por sua vez, correspondem à adaptação às alterações e mudanças na vida profissional, sentimental ou face ao envelhecimento. Por fim, temos os desvios nas necessidades de saúde, que incluem a recuperação de um trauma, ou de um procedimento cirúrgico, por exemplo.

1.2 A TEORIA DE DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

As implicações de um tratamento cirúrgico conduzem por vezes a complicações pós-operatórias com impacto na qualidade de vida, atraso na recuperação, traduzindo-se em incapacidade para o autocuidado, devido ao processo cirúrgico em si (Araújo, Silva e Ramos, 2016).

Assim, a Teoria de Déficit de Autocuidado, explica quando e como é que as necessidades de autocuidado são superiores à capacidade de gestão do autocuidado (Karakashian e Smith, 2018). Nestes casos, surge a incapacidade de reconhecer as suas próprias necessidades e as de dependentes, de forma autónoma, mesmo com a ajuda de estruturas da comunidade. O déficit de autocuidado, resulta na necessidade de cuidados de enfermagem, sendo possível utilizar cinco métodos através dos quais, os enfermeiros assistem, apoiam e ajudam os indivíduos na promoção do autocuidado, sendo eles: agir por ou fazer por guiar e dirigir, providenciar suporte psicológico e físico, providenciar e manter um ambiente de suporte e ensinar (Orem,2001).

1.3 A TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM

Por fim, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, pretende descrever três sistemas que se aplicam às intervenções de enfermagem no sentido do autocuidado e quando se verifica o déficite de autocuidado, surgindo a necessidade, por parte do enfermeiro, de intervir, traduzindo-se numa intervenção terapêutica total ou parcialmente compensatória ou de suporte educativo (Carretas e Fonseca, 2017).

Desta forma, o sistema de suporte educativo, é utilizado em indivíduos que de forma positiva conseguem desenvolver tarefas de autocuidado com a ajuda/apoio do enfermeiro, no treino, apoio educativo e psicológico. O sistema parcialmente compensatório, é utilizado em indivíduos que requerem um elevado nível de apoio para o autocuidado no início (por exemplo depois de uma cirurgia), mas gradualmente conseguem assumir a responsabilidade para o autocuidado. Por fim, o sistema totalmente compensatório, surge quando os indivíduos não conseguem, de todo, ser autossuficientes no que refere ao autocuidado (por exemplo, em casos de alterações do estado de consciência). Neste sistema, o enfermeiro providencia todas as atividades necessárias, de modo a manter a qualidade de vida, saúde e bem-estar físico e psicológico (alimentação, posicionamentos, higiene, etc)

3. TEORIA DE OREM E A SUA APLICAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA À MULHER COM CANCRO DA MAMA

O modelo do autocuidado de Orem, é passível de ser integrado no processo de enfermagem e utilizado como base à prática clínica de enfermagem (Karakashian e Smith, 2018). As duas primeiras etapas do processo de enfermagem, sendo elas, a avaliação e diagnóstico de enfermagem, definem as principais preocupações e necessidades que carecem de ser geridas. Assim em primeiro lugar, o meu papel na consulta pré-operatória, é identificar as necessidades de autocuidado das mulheres com cancro da mama propostas para cirurgia e o contexto atual, na qual se inserem as suas necessidades, procurando minimizar o impacto da cirurgia no seu normal funcionamento, na participação familiar e na disponibilidade para a relação com o meio e os outros (Karakashian e Smith, 2018).

De acordo com a Teoria de Autocuidado de Orem, o indivíduo consegue autocuidar-se, quando participa na tomada de decisões, controla o comportamento e adquire conhecimentos e habilidades através do sistema de suporte educativo (Bezerra, Faria, Jesus, Reis, Pinho e Kamada, 2018). Ainda para os mesmos autores, as “intervenções baseadas no sistema apoio e educação, pode contribuir para o desenvolvimento da capacidade de execução do autocuidado, com conhecimento e maior segurança”, no entanto também alerta que os resultados obtidos dependem muito do interesse demonstrado e da capacidade do individuo para o autocuidado.

Através da revisão da literatura efetuada, foi-me possível encontrar evidência científica que sustentou a base da minha intervenção enquanto futura enfermeira especialista, na consulta pré-operatória na Instituição B. A evidência mostra a importância do papel do enfermeiro no que refere ao suporte psicológico/emocional e suporte educativo, aspetos estes bem defendidos na Teoria do Autocuidado de Orem. Neste contexto, os vários aspetos encontrados, permitiram-me complementar e alterar uma checklist, já iniciada no primeiro estágio, na Instituição A, introduzindo algumas intervenções e retirando outras, de forma a que a mesma possa ser adaptada ao local onde exerço funções, na Instituição C. Lado a lado, coloquei a checklist de intervenções e a evidência da literatura encontrada, de forma a permitir uma identificação rápida daquela que deve ser a correta intervenção na consulta de enfermagem pré-operatória.

CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIA

- Validação de contactos;
- Realização de colheita de dados;
- Dados antropométricos e sinais Vitais;
- Avaliação Psicológica e Geriátrica;
- Socialização ao Hospital e Bloco Operatório (Vídeo ilustrativo do percurso da mulher com CM no Pré-operatório)
- Registo fotográfico pré-operatório;
- Entrega de documentação complementar escrita;
- Fornecer contacto do serviço;

ENSINOS PRÉ-OPERATÓRIOS:

- Jejum;
- Medicação;
- Exames e análises que deve trazer;
- Consentimento informado
- Tipo de cirurgia, abordagem cirúrgica
- Drenos ou outros
- Principais complicações e sinais de alerta
- Tipo de penso, localização e principais cuidados
- Percurso até à cirurgia (acolhimento e bloco)
- Data, hora e local da cirurgia
- Previsão de alta e tempo internado
- Acompanhamento após alta
- Não aplicar cremes, desodorizante ou perfumes;
- Esmalte/verniz nas unhas;
- Adornos, piercings, próteses;
- Acompanhado por um adulto;
- Produtos de higiene pessoal, pijamas e bens materiais;
- Soutien e/ou cinta (de acordo com indicação médica).
- Exercícios;
- Prevenção de complicações adaptadas ao tipo de cirurgia a realizar.

NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO:

- Assistente Social;
- Viva Mulher Viva (CHULC);
- Psicologia;
- Fisioterapia;
- Outra: _____
- Contactos relevantes (perucas, soutiens, cintas, tatuagem de CAM). Quais? _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Esclarecimento de dúvidas, preocupações, ansiedades e medos.

Acolhimento e pessoa/familiar de referência a acompanhar.

Estratégias de suporte.

Nivelar expectativas, perspetivando o pós-operatório.

Espaço para manifestar receios e dúvidas.

Apoio emocional/psicológico/espiritual/físico.

Satisfação da pessoa/família.

NECESSIDADES EDUCATIVAS

Educação para a saúde para o procedimento cirúrgico (consentimento informado).

Educação para a saúde no pré-operatório perspetivando o pós-operatório – diversos pré-requisitos: (Preparação da pele e tricotomia, Higiene oral e corporal, Jejum, Pré-medicação, exames complementares, vestuário no bloco, drenos, cateteres, equipamentos, medicação/transfusões, cuidados a ter em casa pós-op.).

Informação objetiva, específica, suficiente, adaptada e adequada.

Informação escrita.

Informação acerca dos direitos dos doentes oncológicos.

Desmistificar e clarificar informação.

Informar acerca do ambiente cirúrgico (vídeo), tempo previsto de cirurgia, recobro e quando volta à enfermaria.

Informação acerca do procedimento anestésico.

Informação acerca de normas e rotinas.

Orientação para dieta e medicação pós-operatória.

Informação/consulta no Timing certo.

Informar acerca do posicionamento cirúrgico.

Durante estas seis semanas de estágio, na Instituição B, pude não só observar, mas também realizar consultas pré-operatórias, sendo que, no âmbito das intervenções educativas específicas, na preparação da mulher para a cirurgia, tive sempre em atenção o contexto de vida atual e procurei assegurar o desenvolvimento de estratégias para aquilo que pode ser considerado aceitável e significativo para a mulher e sua família.

A Ordem dos Enfermeiros (2010) refere, que o enfermeiro especialista, é aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico, que mobiliza a prática permitindo avaliar as necessidades de saúde do alvo de intervenção, em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção.

“O autocuidado é considerado um componente integral da gestão das doenças crónicas e da preservação de um nível aceitável de funcionalidade” (Galvão e Janeiro, 2013, p.227). Deste modo, o autocuidado pode também ser entendido como um «outcome» dos cuidados de enfermagem, uma vez que os indivíduos com doença crónica, como sendo a doença oncológica, necessitam de aprender e entender a sua doença, a lidar com o tratamento recomendado, a reagir emocionalmente de forma ajustada e a reaprender a integrar-se e a relacionar-se novamente com o meio e as pessoas (Galvão e Janeiro, 2013).

Nesta perspetiva, é visível a importância da promoção do autocuidado em contexto da consulta pré-operatória, nomeadamente no que refere a ações educativas especializadas, individualizadas e dirigidas à mulher com cancro da mama proposta para cirurgia, uma vez que lhes permite a conquista da autonomia e ao mesmo tempo a responsabilização pelas suas necessidades individuais de cuidados de saúde.

Na consulta pré-operatória é possível, a equipa de enfermagem orientar a mulher no sentido da adaptação à alteração da sua situação de saúde e ao meio que a rodeia. Torna-se crucial a implementação de estratégias educativas adaptadas à singularidade de cada mulher e à complexidade de cada situação de doença, sendo que a evidência aliada à experiência profissional na área traduz-se em cuidados de enfermagem de excelência. Esta consulta que tem lugar numa sala específica para o efeito, onde numa mesa se sentam a enfermeira, a mulher e a pessoa de referência que a acompanha e, onde é dado tempo, espaço e possibilidade para questionar, desabafar e, por vezes, até chorar.

Num estudo efetuado por Santos, Piccoli e Carvalho (2013), verifica-se que os doentes oncológicos entendem o procedimento cirúrgico de diferentes formas, sendo esse, reconhecido como um fenómeno gerador de stress, medo e ansiedade principalmente devido ao défice de conhecimento que, no geral, os doentes têm acerca das rotinas e normas hospitalares, procedimento anestésico-cirúrgico e do encaminhamento futuro da sua situação clínica. A ansiedade e o medo do desconhecido, por sua vez, agravam e/ou influenciam a forma como o doente “absorve” e entende toda a informação transmitida pela profissional de saúde. Para tal, é pertinente o papel do enfermeiro em contexto de consulta pós decisão terapêutica/pré-operatória, no ensino, clarificação e disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas, com o intuito de minimizar e/ou amenizar as possíveis alterações emocionais que possam surgir, sendo para tal fundamental a “entrevista minuciosa realizada anteriormente à cirurgia” (p.60).

Com regularidade, ouvi estas mulheres descreverem o apoio efetuado ao nível da consulta com foco na promoção do autocuidado, como sendo um processo de transformação em termos de sentimentos acerca delas próprias e da recuperação de um sentido de vida. A experiência profissional e o conhecimento nestes casos, dita a facilidade com que se “lê” alguns sinais menos perceptíveis e se “decifra” frases mais alarmantes, de forma a entender essa perceção de si (que essas mulheres têm) e ajudá-las a reconhecer e a reforçar as suas capacidades para o autocuidado, autoestima e para a tomada de decisões (Galvão e Janeiro, 2013).

Naturalmente, existem algumas barreiras à promoção do autocuidado, sendo fundamental o interesse e a atenção dispensada pela equipa de enfermagem às mesmas, no sentido de as minimizar. Galvão e Janeiro, 2013, identificam algumas dessas barreiras como sendo: “as limitações físicas, o desconhecimento da situação, os constrangimentos financeiros, as dificuldades logísticas, as necessidades sociais e emocionais, (...) e as complicações com as comorbilidades” (p.228). Os mesmos autores referem, no entanto, que o autocuidado promove nos doentes que o realizam, a aquisição de resultados positivos, diminuição das complicações cirúrgicas, desenvolvem novas estratégias e formas de lidar com a sua doença, aprendem a manter o controlo da doença e dos sintomas de forma a alcançar o bem-estar.

4. CONCLUSÃO

A gestão da doença crónica nas mulheres com cancro de mama propostas para cirurgia é realizada, cada vez mais, mediante a parceria existente na equipa multidisciplinar regida por orientações nacionais e internacionais, da qual resulta a melhoria evidente, dos cuidados prestados. Cabe assim, ao enfermeiro identificar as principais necessidades psicossociais e educativas e assim, promover o autocuidado, empoderando a mulher sem a substituir nos cuidados. “Melhorar as competências de automonitorização da doença nessas pessoas é cada vez mais uma preocupação para a saúde global” (Galvão e Janeiro, 2013, p. 229).

Neste contexto de prática clínica foi-me permitido cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica, cuidar da pessoa em situação crónica e respetiva família/pessoa significativa. Foi-me ainda possível identificar necessidades, promovendo intervenções e envolvendo os intervenientes colaborando na equipa multidisciplinar, maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com uma prática profissional ética, respeitando os direitos humanos (Ordem dos Enfermeiros, 2010). A integração do autocuidado nas intervenções de enfermagem, revelou-se igualmente fundamental na impressão de uma abordagem crítica e científica na tomada de decisões, no agir com responsabilidade no apoio educativo e psicossocial, sempre com base na evidência. De acordo com a European Oncology Nurse Society (2018), é crucial, na vertente oncológica, aumentar a segurança do paciente, a qualidade e a eficácia da prestação de cuidados e agir com responsabilidade em todas as configurações de cuidados a doentes com cancro, bem como nos resultados de cuidados prestados. Assim, considero que este estágio na Instituição B, contribuiu para que conseguisse integrar o estado da arte e filosofia de cuidados na prática clínica, no âmbito da consulta pré-operatória de enfermagem mulheres com cancro da mama, tendo-se revelado um local propício ao desenvolvimento de competências nesta área. Este local privilegiado

de prática clínica, creditado pela European Society of Breast Cancer Specialists – EUSOMA, apresenta uma unidade que reúne muito boas condições de aprendizagem e desenvolvimento de competências na área da consulta pré-operatória, sem esquecer o papel de «Nurse Navigator», no acompanhamento da mulher e sua família desde o diagnóstico até ao período pós-operatório.

O meu papel, enquanto futura enfermeira especialista, na vertente oncológica, em contexto de consulta pré-operatória, consistiu acima de tudo, na orientação da mulher para a adaptação à nova situação de doença, valorizando a sua vivência e auxiliá-la no percurso, tornando esse caminho, que se prevê longo, um pouco mais fácil de percorrer!

A capacidade individual para o autocuidado é mensurável e pode ser avaliada, permitindo, igualmente, uma prestação de cuidados com rigor metodológico, promovendo a autonomia e, a médio/longo prazo identificar ganhos em saúde, com o objetivo na melhoria dos cuidados, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem nesta área (Petronilho, 2009). Nesta perspetiva, fui desafiada a realizar um questionário de autoavaliação com o tema - Educação para a saúde – Unidade da Mama (UM) - Autoavaliação do utente/cuidador. Neste questionário, pretende-se, para além de avaliar a capacidade para o autocuidado após o apoio educativo e psicossocial, melhorar os cuidados especializados de enfermagem no perioperatório. Os itens a serem avaliados passam pela situação de saúde, acolhimento, ensinamentos pré-operatórios, prevenção de complicações, ensinamentos pós-operatórios e satisfação no atendimento (Apêndice 1).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Araújo, R.A., Silva, T.M. e, Ramos, V.P. (2016). - Capacidade de autocuidado e qualidade de vida no pré-operatório de revascularização miocárdica. Rev Esc Enfermagem USP · 2016; 50(2):230-236. www.ee.usp.br/reeusp
- Bezerra, M., Faria, R., Jesus, C., Reis, P., Pinho, D. e Kamada, I. (2018). Aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem no Brasil: Uma revisão Integrativa. JMPHC. ISSN 2179-6750. 19p.
- Carretas, N. e Fonseca, C. (2017). – Modelo de Autocuidado para pessoas em processo cirúrgico: Ganhos dos cuidados de enfermagem de reabilitação, um projeto de desenvolvimento de competências. Journal of aging and innovation. V6, Edição 3. pp. 68-74.
- Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., ... Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 37(1), 1–77. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz189>
- European Oncology Nursing Society. (2018). *Cancer Nursing Education Framework Contents*. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/education>
- Galvão, M.T.R, Janeiro, J.M.S (2013) – O Autocuidado em Enfermagem: Autogestão, Automonitorização e Gestão sintomática como conceitos relacionados. Revisão Teórica. REME Revista Mineira de Enfermagem. 17(1):225-230. DOI: <http://doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>.
- International Council of Nursing - ICN (2011). Disponível em: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.
- Integration into practice. Cinhal information. Evidence-based care sheet. Glendale, CA. (4p)
- National Comprehensive Cancer Network – NCCN. (2011). - Linhas de orientação para doentes. Cancro da mama: versão 2.2011. *Psicologia USP*, 24, 35–53. 110p.
- Orem, D.E. (1985). *Nursing Concepts of Practice*. 6th Edition. Maryland. McGraw-Hill Book Company.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.10p.
- Petronilho, F. (2009), Produção de Indicadores de Qualidade: A qualidade de Enfermagem que queremos evidenciar. Sinais Vitais. Janeiro de 2009. Vol.52, pp 35-43.

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, (PNDO) in Direção Geral da Saúde (2015). Retirado de: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/>

O Relatório Anual de Acesso aos Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do Sistema Nacional de Saúde (2018).

Santos, B., Ramos, A. e Fonseca, C. (2017). – Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a Melhoria dos Cuidados. Journal of aging and inovation. V6, Edição 1. pp. 51-54.

Santos, R, Piccolli M, Carvalho A. (2007) – Diagnósticos de Enfermagem emocionais identificados na Visita Pré-operatória em pacientes de cirurgia Oncológica. Cogitare Enfermagem. Jan/março; 12(1):52-61.

Apêndice IX – Questionário de Educação para a Saúde – Instituição B

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – UNIDADE DA MAMA (UM)

AUTOAVALIAÇÃO DO UTENTE/CAUIDADOR

Logotipo do Hospital e Identificação do Serviço		Nome do utente/cuidador:					
<p>No sentido de melhorar os cuidados de apoio e ensino no período perioperatório, solicitamos que nos ajude a identificar as áreas que necessitam de melhor atenção da nossa parte, colocando uma cruz nas seguintes afirmações</p>							
TEMAS ABORDADOS		AVALIAÇÃO INICIAL				AVALIAÇÃO FINAL	
		Sei/sinto-me capaz/ Sim	Precisava de mais ensinamentos	Não sei/não consigo/ Não	Não aplicável	Sei/sinto-me capaz/ Sim	Não Sei/não consigo/ Não
Situação de saúde	Conheço o motivo da cirurgia/exames						
	Conheço o motivo e o tipo de cirurgia						
	Foram-me explicados os exames						
	Conheço o tipo de abordagem cirúrgica						
	Conheço as possíveis complicações						
	Conheço os principais sinais de alerta						
	Foi-me explicado o percurso até ao dia da cirurgia						
	Foi-me entregue documentação escrita						
Acolhimento	Sei o nome da(o) enfermeira(o) que me acolheu na Unidade da Mama (UM)						
	Recebi o número da UM para poder esclarecer as minhas dúvidas						
	Foi-me fornecida informação escrita						
Ensinos Pré-Operatórios	Fui alertado para o jejum antes da cirurgia						
	Fui alertado para o jejum antes dos exames						
	Fui informado acerca da medicação que posso tomar e trazer para o hospital						
	Sei que não devo trazer adornos, fios, brincos, piercings.						
	Evitar verniz nas unhas, aplicar cremes, perfumes ou desodorizantes na pele						
	Fui informado acerca dos produtos de higiene pessoal a levar para o quarto						
	Sei qual o vestuário que devo levar para o internamento (Soutien, outros)						
	Foi-me realizado ensino acerca dos cuidados após esvaziamento axilar						
	Sei o tamanho do penso						
	Conheço a localização dos drenos						
	Explicaram-me o que vai acontecer no acolhimento e no bloco operatório						
	Sinto-me preparada para a cirurgia						
Prevenção de complicações	Sei que devo assinar o consentimento informado para a cirurgia						
	Foram confirmados os seguintes dados (nome, idade, contacto de Familiar/amigo que me acompanha)						

Continuação...		Sei/sinto-me capaz/ Sim	Precisava de mais ensinamentos	Não sei/não consigo/ Não	Não aplicável	Sei/sinto-me capaz/ Sim	Não Sei/não consigo/ Não	
Prevenção de Complicações (Continuação)	Fiz análises/exames pré-operatórios							
	Sei que vou ter consulta de anestesia							
	Todos os meus exames e análises estão disponíveis							
	Sei a previsão do dia/ hora da cirurgia							
	Sei quanto tempo vou estar no bloco, no recobro e no quarto							
	Conheço a previsão do dia da alta							
	Explicaram-me que vou ter consulta pós-operatória e continuar a ser acompanhada pela equipa da UM							
Ensinos Pós-Operatórios	Fui visitada pela enfermeira da UM no quarto (reforço de ensinamentos/apoio)							
	Foi-me explicado os cuidados a ter com os drenos e com a integridade dos pensos							
	Foi-me explicado acerca do soutien e roupa adequada a utilizar							
	Fui alertada para principais sinais de alerta e infeção da ferida cirúrgica							
	Porque fiz biópsia do gânglio sentinela, explicaram-me acerca da alteração da coloração da urina e fezes							
	Sinto-me capaz de regressar a casa após a cirurgia							
	Sei a data de regresso à UM para vigilância e penso pós-operatório							
	Devido a ter realizado esvaziamento axilar, ensinaram-me acerca:							
	Restrição na mobilização do membro superior do lado operado							
	A proteger-me nas atividades de vida diária							
Restrição do membro para procedimentos invasivos e/ou outros								
Restrição na condução								
Satisfação no Atendimento	Gostei da forma como me acolheram							
	O momento da consulta foi oportuno							
	O tempo dispensado foi suficiente							
	Os ensinamentos e explicações efetuadas foram importantes e ajudaram-me							
	A documentação escrita complementa bem toda a informação oral recebida							
	Senti-me apoiada e esclarecida							
	Senti-me mais segura e confiante face à cirurgia e à alta							
	Possuo o contato Telemóvel e Mail, para expor as minhas preocupações							
Questionário entregue por:		Questionário preenchido por:			Data			

Apêndice X – Cuidar da Mulher com CM em contexto da Consulta Pré-Operatória de
Enfermagem – Estudo de Caso

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica,
na vertente de Oncologia

ESTUDO DE CASO

Discente:

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Lisboa

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização Médico-Cirúrgica,
na vertente de Oncologia

ESTUDO DE CASO:

Cuidar da Mulher/Família com Cancro de Mama
em contexto de Consulta Pré-Operatória

Discente:

Ana Rute Lourenço Dias Bernardo, nº 8902

Regente:

Professora Eunice Sá

Orientadora:

Enfermeira Leonor Bastos

Lisboa

Outubro 2019

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	189
1. ANAMNESE	193
1.1 DADOS DEMOGRÁFICOS	194
1.2 HÁBITOS DE VIDA.....	194
1.3 EXPERIÊNCIAS DE VIDA SIGNIFICATIVAS.....	194
1.4 CARACTERIZAÇÃO DO MEIO ENVOLVENTE	196
1.5 ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES	198
1.6 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	199
1.7 ECTOSCOPIA, DIAGNÓSTICO, ETIOLOGIA E PATOGENIA	201
2. IMPACTO E VIVÊNCIA DO CANCRO DA MAMA	203
2.1 ATIVIDADES DE VIDA ALTERADAS E IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS	203
2.2 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	206
CONCLUSÃO	211
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	212
ANEXOS	213
ANEXO I–RECOMENDAÇÕES DO PRÉ-OPERATÓRIO	214
ANEXO II - ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON (HAM-A) APLICADA À D. ^a MARIA	
ANEXO III– INSTRUMENTO DE TRIAGEM DE SOFRIMENTO PSICOLÓGICO	215
ANEXO IV – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO GERIÁTRICA PARA O DOENTE ONCOLÓGICO.....	216

INTRODUÇÃO

Inserido no contexto do ensino clínico, do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na vertente oncológica, insere-se este Estudo de Caso com o tema: Cuidar da Mulher/família em contexto de Consulta Pré-Operatória. Este primeiro ensino clínico, na Instituição A, proporcionou-me a oportunidade de colher dados e posteriormente realizar a análise dos mesmos, através da realização de uma consulta de enfermagem pré-operatória, em parceria com a enfermeira orientadora de ensino clínico. Nesta, foi-me possível estar em contacto com doentes/famílias/cuidadores do foro oncológico, no contexto de uma consulta de enfermagem pré-operatória, onde a capacitação da mulher/família/cuidador é uma intervenção fundamental e determinante neste processo longo, nem sempre linear, ora com avanços, ora com retrocessos, revestido de sentimentos de angústia e medo perante uma doença considerada a mais fatal, com maior incidência e prevalência na mulher (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2015).

Num estudo realizado por Sena, Nascimento & Maia (2013), verifica-se que o principal foco dos cuidados prestados pelos enfermeiros no pré-operatório, centra-se fundamentalmente em aspetos físicos em detrimento dos psicológicos, nomeadamente, os relacionados com a orientação e preparação cirúrgica do doente. Da minha experiência, considero que esta realidade se deva principalmente à exigência e complexidade na relação de cuidar ao doente oncológico, relação esta, que se pretende individualizada e dirigida.

Desta forma, e no contexto da consulta pré-operatória é elementar o papel da relação de empatia, do cuidado centrado no doente e da comunicação enfermeiro/utente/família no continuum do processo da doença oncológica. Uitterhoeve, Bensing, Grol, Demulder e Van Achterberg (2010), sugerem que a comunicação efetiva permite reduzir o stress e sentimentos de ansiedade e incerteza quando ao futuro.

De acordo com Trill (2013), uma grande maioria dos doentes com cancro vivenciam sintomas como a ansiedade e distúrbios do sono, com consequências e

impacto na adaptação global à sua doença. Esta autora descreve ainda a ansiedade, como sendo uma reação comum e “necessária” a um diagnóstico de cancro, funcionando como alerta/resposta a ameaças percebidas/desconhecidas, tais como a perda de funções do corpo, alterações na imagem, rutura familiar, morte, etc. Ainda de acordo com esta autora, a ansiedade pode persistir durante todo o processo da doença oncológica, afetando significativamente a qualidade de vida do doente. Neste caso em específico e, de acordo com Trill (2013), a notícia de uma cirurgia oncológica pode despoletar ou piorar sentimentos de ansiedade e estes tendem a ser recorrentes em alturas “críticas” do curso da doença, que vai desde o diagnóstico, ao início e fim de tratamentos, à presença exacerbada ou não de sintomas, à recorrência da doença, à sobrevivência até à fase terminal.

Nesta perspetiva e atendendo aos pressupostos da Teoria do Autocuidado, de Dorothea Orem (1985), pretendo com este estudo de caso, enunciar uma sequência de ações, que realizadas, poderão permitir a esta mulher, superar e/ou compensar limitações associadas ao cancro da mama, após a compreensão e análise dos principais elementos constituintes da problemática envolvente na relação do cuidar em contexto real da prática clínica.

Orem (1985) refere que autocuidado é a realização de atividades que o indivíduo inicia, para seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar. Neste contexto e para a autora, a capacitação para o autocuidado deve articular as necessidades de ação e as suas limitações no que refere à saúde, sendo para tal, preponderante o enfermeiro: “atuar por ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar, Tomey & Alligood, 2004” (p.216). Nesta perspetiva e atendendo à profundidade/complexidade da abordagem a realizar, considerei pertinente incluir o Modelo de Roper, Logan & Tierney, caracterizando a pessoa em estudo através das 12 atividades de vida diária (Tomey & Alligood, 2004) e posteriormente, mediante a taxonomia da NANDA-I (2015-2017), definir hipóteses diagnósticas e resultados esperados para um diagnóstico específico encontrado no decorrer da consulta pré-operatória.

Esta temática, insere-se no trabalho que pretendo vir a desenvolver no projeto final, com intervenções ligadas à consulta de enfermagem pré-operatória e à capacitação das mulheres/família/cuidadores, nessa fase específica da etapa da sua doença oncológica. De acordo com Santos, Ramos e Fonseca (2017), “as atividades e autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e re-hospitalização” (p.51), constituindo uma intervenção de enfermagem avançada decisiva no processo de doença destas mulheres/família.

Este estudo de caso pretende abordar/estudar a pessoa/família no contexto real de cuidados, após a decisão de tratamento cirúrgico, e ainda identificar fenómenos específicos e complexos, que de algum modo, interferiram no processo de saúde da mulher/família em estudo, indicando diferentes variáveis que possam ter determinado os resultados observados e outros já identificados na literatura científica.

No que refere à organização, este estudo de caso, conterá uma primeira parte de apresentação da pessoa/família e da sua história, apenas com informação concisa e necessária para a análise, “usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos” (Artigo 106.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, 2015); seguida de uma breve caracterização da etiologia e patogenia específica ao caso, identificando expectativas/objetivos da mulher e principais diagnósticos de enfermagem; a segunda parte, pretende abranger as principais intervenções de enfermagem e resultados esperados, seguida da avaliação e análise dos resultados sempre com base na melhor evidência científica disponível, respeitando as etapas do processo de enfermagem.

De forma a concluir, gostaria ainda de salientar que durante a consulta, e atendendo aos princípios gerais do Código Deontológico do Enfermeiro (2015), procurei “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão” (Artigo 100.º), tendo sido explicado à mulher/esposo todos os passos, de modo a “respeitar a intimidade da pessoa” (Artigo 107.º), mencionando o respeito pela confidencialidade dos dados obtidos, e que seriam apenas partilhados os dados com informação

pertinente necessárias ao diagnóstico de enfermagem e plano terapêutico. Deste modo, foi pedido que oralmente, permitissem a realização das mesmas, através do consentimento informado. Registei com rigor as observações e intervenções realizadas, utilizando como base, o Guião para Colheita de Dados e as Recomendações de Pré-operatório (Anexo I) do Centro Clínico Champalimaud – CCC. Durante todo este processo e, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), foram observados o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, tendo efetuado esforços no sentido de valorizar a vida e a qualidade de vida, abstendo-me de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa/família, realizando intervenções de enfermagem que pretenderam ir ao encontro da defesa da liberdade, autonomia, vulnerabilidade e da dignidade da pessoa humana, neste caso particular, a esta mulher/esposo com cancro de mama, proposta para tumorectomia e pesquisa de gânglio sentinela.

DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA/FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA

1. ANAMNESE

Após a consulta pré-operatória realizada no gabinete de enfermagem pedi mais uns instantes à D. Maria (nome fictício) e ao seu esposo, de modo a realizar a colheita de dados, à qual consentiram.

A disponibilidade demonstrada e a relação estabelecida no primeiro momento de consulta com esta mulher e o seu esposo, foi fundamental para prosseguir com a sistematização e planeamento deste estudo de caso. Foram atendidas as questões éticas, tais como a vulnerabilidade e autonomia, anteriormente referido, resultando numa intervenção de suporte, de clarificação, de escuta, promotora de conforto e sensação de calma àquele casal, tal como me puderam confidenciar no final da entrevista e exame físico.

A anamnese e o exame físico constituem um importante instrumento de avaliação da pessoa, de forma a planear e antecipar intervenções de enfermagem e, onde se detetam alterações físicas e até psicológicas, ou outros problemas de saúde, nem sempre relatados pela pessoa/ família durante a consulta. De acordo com Santos, Veiga & Andrade (2010):

“através da anamnese e do exame físico é possível conhecer o cliente, estabelecer vínculos de confiança, identificar alterações biopsicossociais e espirituais e prosseguir definindo diagnósticos de enfermagem, traçando metas e ou prescrições de enfermagem, avaliando o paciente e realizando registos. O enfermeiro tem um papel fundamental na equação e resolução dos problemas apresentados pelos pacientes/clientes” (p358).

Assim, antes da entrevista, na primeira abordagem com a D.^a Maria, procurei saber qual o nome que gostaria de ser tratada, determinando com ela os moldes da entrevista e exame físico, ao que referiu que pretendia que fosse realizada na presença do esposo.

1.1 Dados demográficos

A D.^a Maria tem 67 anos de idade, (26/03/1952) é do sexo feminino, raça caucasiana. Nacionalidade portuguesa, natural de Mora (Alentejo), reside atualmente na Sobreda com o esposo.

Encontra-se reformada (professora primária). Ocupa os seus tempos livres a bordar, passear à beira-mar e frequentemente desloca-se a Mora, onde tem família, amigos e a sua casa na aldeia.

1.2 Hábitos de Vida

Sono e repouso – Desde a altura do diagnóstico que tem dificuldade em adormecer, fazendo medicação.

Alimentares – Refere ter uma alimentação equilibrada, sem abusos, devido à estenose da glândula salivar, refere ainda que, nunca comeu muito e neste momento refere alguma falta de apetite.

Exercício - Gosta de fazer longas caminhadas pela manhã, principalmente à beira-mar.

Dependências – não se aplicam.

1.3 Experiências de vida significativas

Durante a entrevista, quando questionada acerca de experiências de vida significativas recordou com saudosismo, os “miúdos”, as aulas, e o fato de ter sido professora no interior do Alentejo, percorrendo grandes distâncias para dar aulas e, da dificuldade nos materiais e dos recursos na altura.

Relatou ainda os acontecimentos inerentes ao nascimento do seu único filho, do problema de saúde que tinha e do que sofreu até se descobrir e tratar. Recordou o apoio incondicional do esposo e da sua falecida mãe.

Contou-me à cerca dos fatos relacionados com a morte da sua mãe, da qual foi a principal cuidadora. Refere que a mãe era uma pessoa inteligente, muito culta e até meses antes de falecer, com 96 anos (paragem cardiorrespiratória), o seu principal passatempo era ler livros, discutir política e ver debates na televisão.

Muito independente, lúcida e autónoma até essa altura, necessitando apenas de apoio na confeção de alimentos, higiene e companhia, segundo a D.^a Maria.

Por fim, aborda a história atual da sua doença, referindo sentir-se confiante perante o futuro e no desenrolar deste processo de doença oncológica. Menciona ainda que o seu esposo, é um sobrevivente de cancro do cólon, tendo sido operado e realizado radioterapia há cerca de 12 anos. O seu esposo, inquieto durante a consulta e posteriormente na entrevista, mostra-se muito preocupado, ansioso e cheio de perguntas relativamente à situação da esposa, uma vez que antevê na sua mente, o longo processo de doença oncológica, agora a ser vivenciado pela sua companheira. Por sua vez a D.^a Maria, aparenta estar calma e confiante, porque “o nódulo” foi detetado precocemente e, porque tem no marido um exemplo de recuperação e sucesso, sentindo esperança e confiança face ao futuro. Indica ainda o seu animal de estimação (Tejo) como uma grande companhia, transmitindo-lhe sensações de alegria e calma.

Refere ainda ser católica, não praticante. “*Acredito muito em Deus e falo com Ele*”. Acredita que existe algo ou alguém que a “guarda” e ajuda quando precisa, referindo que tem confiança Nele e que tudo correrá de acordo a Sua vontade.

A D.^a Maria vê o esposo e o filho como a principal força anímica para viver, dizendo sentir grande carinho e apoio por parte dos dois.

Expôs ainda algumas questões e preocupações quanto ao futuro, referindo que esta alteração na sua saúde lhe tem “*tirado o sono*”. Tem receio do que virá depois da cirurgia e como é o que o seu organismo vai “tolerar” tantas agressões. No final da entrevista, de forma muito pausada e com os olhos a cobrirem-se de lágrimas e refere sentir-se “cansada” e que “ainda mal começou este longo processo na luta contra o cancro” sic.

Neste contexto, e de acordo com a Teoria do Auto-cuidado de Orem (1985), que no fundo corresponde à articulação entre três grandes áreas, a primeira, descrevendo o porquê e como é que as pessoas cuidam de si próprias; a segunda, explicando a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem (Teoria do Défice de Auto-cuidado) e por fim, a terceira, relatando e explicando as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem, na

Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Citando Santos, Ramos & Fonseca (2017), a respeito da Teoria de Orem, as “crenças, antecedentes sociais e culturais, características pessoais e relação entre os profissionais de saúde e os clientes são alguns dos fatores que influenciam os comportamentos de autocuidado” (p.51). Tomey & Alligood (2004), acrescentam, através da análise da teoria do Auto-cuidado de Orem, que esta atividade consiste na “combinação singular de propriedades e características concetualizadas comuns a todas as circunstâncias de enfermagem” (p.224). Essas autoras, referem ainda, que o auto-cuidado, constitui um resultado sensível aos cuidados de enfermagem com translação positiva nomeadamente, no que refere à promoção da saúde e do bem-estar, principalmente através da capacitação do doente através do ensino e estratégias que promovem o aumento de conhecimentos e habilidades à pessoa, objeto de cuidados especializados, dirigidos e diferenciados. Segundo Galvão & Janeiro (2013):

“o autocuidado é a chave dos cuidados de saúde e é visto como uma orientação subjacente à atividade do enfermeiro e que a distingue de outras disciplinas. (...) Essas intervenções visam informar as pessoas sobre a sua condição e tratamento e formá-las acerca da automonitorização, perceção e identificação de mudanças na funcionalidade, avaliar a severidade dessas mudanças e as opções para gerir essas mudanças, bem como selecionar e desempenhar ações apropriadas” (p.227).

Assim e neste contexto, procurei ao nível da consulta de enfermagem pré-operatória atender a estes critérios, subjacentes à teoria do Auto-cuidado de Orem, fornecendo à D.^a Maria dados e informações pertinentes e adequados à sua situação de cuidados que permitissem aumentar a sua capacidade para o autocuidado.

1.4 Caracterização do meio envolvente

A D.^a Maria é casada com o Sr. ^o Manuel há 43 anos (21/08/1976), relação da qual resultou um filho, atualmente com 35 anos, solteiro e a residir em Lisboa.

A relação com o irmão (que vive com a esposa e filhos em Algés) é relativamente distante, referindo que convivem menos do que desejava.

Considera ter um bom relacionamento quer com os vizinhos e amigos de Mora, quer com os da Sobreda, onde reside, há cerca de 30 anos.

De acordo com o Genograma que realizei, pude identificar o papel da D. Maria na sua família, onde ela seria a principal responsável/cuidadora da sua mãe, na fase final da vida e por quem tinha uma relação emocional muito próxima. Esse tipo de relação também é visível com o esposo e filho e com o seu animal de estimação (tejo).

De acordo com Kruger & Werlang (2008),

“o genograma tem sido definido como um desenho gráfico da vida familiar com o objetivo de levantar informações sobre os seus membros e suas relações, através de gerações, constituindo-se numa ferramenta de avaliação muito utilizada pela terapia sistêmica de família” (p.417).

Este instrumento de análise de relações familiares, permite ainda identificar sinais de conflitos conjugais e entre filhos, o que felizmente neste caso não acontece, possibilitando à doente uma maior harmonia e acompanhamento familiar, bem como estabilidade emocional, fundamental no processo de recuperação da doença oncológica.

Com a apresentação do Ecomapa, pretendo identificar relações e ligações dela com o meio onde habita e se relaciona. O círculo central representa, a D. Maria e os círculos em redor, as diferentes áreas/ambientes sociais aos quais a D.^a Maria se encontra vinculada. Os círculos em redor do círculo central são unidos por meio de linhas, setas, traços e zigzags, que representam forças e permitem avaliar a qualidade das relações estabelecidas. Realço a relação stressante, requerendo esforço e energia por parte da D.^a Maria no que refere à sua relação com o hospital e com a restante família. Pelo contrário, possui uma relação forte com o marido, filho e animal de estimação que lhe proporcionam apoio e energia. Possui ainda uma relação, ainda que ténue/incerta com antigos alunos e o grupo recreativo, onde também sente apoio e energia.

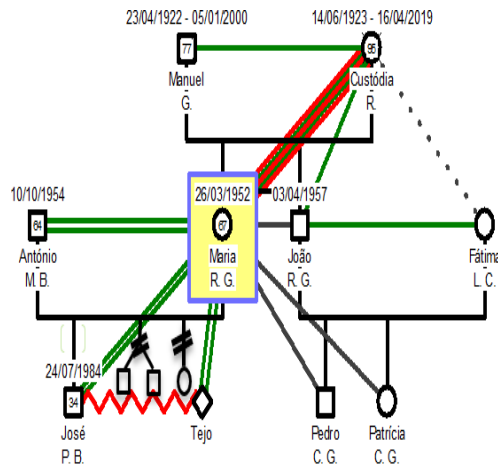


Imagem 1 – Genograma (realizado pela autora)

Imagem 2 – Ecomapa (realizado pela autora)

1.5 Antecedentes pessoais e familiares

A D^a. Maria, teve a primeira menarca aos 12 anos de idade. Gesta III, Para I, com dois abortos espontâneos, aos 28 anos de gémeos (com 6 meses de gestação) e aos 30 anos (uma menina, aos 4 meses de gestação) devido a uma insuficiência cervical (incompetência istmo-cervical)¹⁴, apenas diagnosticada após os dois abortos, pelo que foi submetida a uma cerclagem uterina, de forma a evitar o 3^o aborto espontâneo e aos 32 anos teve um rapaz, de parto eutócico. Amamentou durante 6 meses. Aos 51 anos de idade teve a menopausa. Tomou contraceptivos orais apenas durante 6 meses.

Foi-lhe diagnosticado hipotireoidismo em 1979, aos 27 anos de idade, na sequência de queixas de cansaço, astenia, anemia. Referindo que essa situação, apesar de medicada demorou a passar e numa consulta, à auscultação pulmonar, o seu médico de família detetou um nódulo na mama direita e nessa altura foi encaminhada para um hospital em Lisboa, onde realizou mais exames e esteve em vigilância durante 4 anos seguidos. Nunca realizou biópsia ou outros tratamentos e teve alta em 1982. Cumprindo os programas de rastreio e realizando exames sugeridos pelo médico de família sem outras alterações até março de 2019.

¹⁴ <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/ginecologia-e-obstetr%C3%ADcia/anormalidades-na-gesta%C3%A7%C3%A3o/insufici%C3%Aancia-cervical> retirado em 18/06/2019.

Em 2008 foi submetida a uma cirurgia às cataratas bilateralmente. Na sequência de uma estenose da glândula salivar (sialoadenite obstrutiva)¹⁵ diagnosticada em 2012, sem indicação cirúrgica, é acompanhada pela consulta de especialidade maxilo-facial, medicada para situações de inflamação e dor aguda, com indicação para ingestão de líquidos e recomendações para dieta pouco condimentada de forma a não estimular a produção de saliva. Apresenta insuficiência venosa ligeira dos membros inferiores, fazendo medicação. Não refere alergias a medicamentos e/ou alimentos.

Sem antecedentes familiares relevantes.

Recentemente foi adicionada à sua medicação habitual uma benzodiazepina, que toma após o jantar, indicada para a ansiedade, por referir tensão, insónias e apreensão, para além da levotiroxina (hormona tiroideia sintética própria para substituir as hormonas tiroideias naturais, isto porque a glândula tiroideia da doente não produz hormonas suficientes) e o dobesilato de cálcio, receitado para as suas queixas de insuficiência circulatória ao nível dos membros inferiores.

1.6 História da doença atual

A D.^a Maria durante a entrevista, relata sentir de há 6 meses para cá, cansaço e “roupa mais larga” sic, que atribuiu sempre ao fato de ter sido a principal responsável/cuidadora da sua mãe, que faleceu recentemente (há 1 mês e meio) com 96 anos de idade.

Na sequência de uma mamografia de rotina (26 de setembro de 2019), que realiza a cada 2 anos no CCC, surgem alterações ao nível da mama direita. Cerca de uma semana depois, recebe indicações para vir à consulta, onde essas alterações são abordadas pelo médico assistente sendo-lhe sugerido a realização de uma ressonância magnética (RM)¹⁶ e uma biópsia tumoral¹⁷ e no dia 10 de outubro de 2019, vai à consulta de decisão terapêutica, onde lhe é proposta a cirurgia: tumorectomia da mama direita e pesquisa do gânglio sentinela à direita, assinando nessa altura o consentimento informado para cirurgia.

¹⁵ “Como consequência da obstrução, surge dificuldade na drenagem do fluxo salivar, estase e aumento da pressão intraluminal a montante, que pode desencadear um processo inflamatório e a destruição progressiva da glândula” (Soares, 2013, p.1).

É neste dia, que tenho o primeiro contacto com este casal, numa consulta de enfermagem pré-operatória, onde pude capacitar esta mulher/família para a intervenção cirúrgica, realizando ensinamentos acerca do banho pré-operatório, do significado da cirurgia “tumorectomia com biópsia do gânglio sentinela” através de imagens, panfletos e explicações utilizando termos simples e claros.

Tive ainda oportunidade de explicar a importância do exame linfocintigrafia¹⁸, como parte integrante do processo cirúrgico e dos aspetos a ter em conta após a injeção areolar de um líquido corante, o azul patente, que irá permitir no intraoperatório, o cirurgião corar o gânglio sentinela, previamente marcado pelo radiofármaco, procurando assim, minimizar a ansiedade e o stress face à intervenção cirúrgica. A clarificação de conceitos e termos abordados anteriormente na consulta médica, de decisão terapêutica é igualmente um grande objetivo destas consultas. Para Trill (2013), os doentes com cancro, referem frequentemente níveis elevados de ansiedade e distúrbio do sono durante o continuum da sua doença oncológica. Acrescenta ainda, que esses sintomas, são muitas vezes subvalorizados apesar do seu impacto na qualidade de vida dos doentes.

Neste sentido, torna-se essencial uma avaliação adequada dos fatores que podem influenciar/causar estes sintomas, de modo a elaborar um plano estratégico eficaz, em que o resultado esperado será uma gestão adaptada e ajustada dos sintomas, que se pretende ideal para aquela pessoa e situação.

¹⁶ **Resumo do Resultado da RM** – (...) na transição dos quadrantes superiores da mama direita, adjacente ao leiteo da biópsia identificasse um realce de 19 mm de extensão e morfologia linear a 3cm do mamilo, correspondendo ao tumor em extensão. Sem outros realces anatómicos. Cadeias ganglionares livres.

¹⁷ **Resumo do resultado da Biópsia Tumoral** - Carcinoma ductal in situ, de grau intermédio e alto grau, de padrão sólido com necrose, associado a microcalcificações. Recetores de estrogénios positivo em 100% das células neoplásicas. CK19 heterogéneo positivo.

¹⁸ Linfocintigrafia - fornece imagens do sistema linfático (rede de pequenos canais semelhantes aos vasos sanguíneos, por onde circula a linfa e linfócitos por todo o corpo. Os gânglios linfáticos, que atuam como um filtro para corpos estranhos, estão localizados ao longo desta rede), após a injeção intravenosa de um radiofármaco (tecnécio-99) de forma a identificar o gânglio sentinela e assim criar um plano terapêutico. Fonte: <http://www.oncofisio.com.br/o-que-e-linfocintilografia>

1.7 Ectoscopia, Diagnóstico, Etiologia e Patogenia

Na consulta utilizei o dinamap® e o termómetro e para além desses, foi necessário a capacidade de observação, escuta e alguma subtileza na colocação de questões. A D. Maria apresentou-se aparentemente calma e colaborante durante a entrevista. Pele pálida, eupneica, acianótica e anictérica. Apresenta um bom estado geral, bem vestida e cuidada, mas ligeiramente emagrecida. De fâcias triste, vinha de mão dada com o marido.

SINAIS VITAIS:

Tensão Arterial – 102/56 mmHg Frequência Cardíaca – 56 b/min Frequência Respiratória – 20 c/min Temperatura timpânica – 36,1°C

Peso – 49kg (perda ponderal de 5 kg nos últimos 6 meses) Altura – 156 cm

IMC – 20,1 kg/m²

Dor – Nega dor localizada na mama, refere desconforto (dor 1-2), ao nível da articulação dos joelhos bilateralmente.

MÉTODO DE DIAGNÓSTICO

A deteção de uma alteração suspeita foi durante um exame de rotina através da mamografia. A mamografia é um exame que utiliza Rx apenas para avaliar o tecido mamário detetando ou não anomalias, sendo necessário a realização de outros exames para confirmação. Na altura em que repetiu a mamografia foi realizada também uma ecografia mamária, por ser uma técnica complementar a essa e que, permitiu confirmar a presença de um nódulo sólido na mama direita, orientando assim os profissionais de saúde para o passo seguinte. A ecografia mamária utiliza ondas sonoras e é um meio auxiliar de diagnóstico importante no caso de mulheres com mamas densas. Neste contexto, a utente realiza uma biópsia tumoral para diagnóstico histológico. (National Comprehensive Cancer Network - NCCN, Breast, 2011).

No caso da D.^a Maria, por apresentar microcalcificações, mama pequena, mas densa, a biópsia foi orientada por estereotaxia (mamografia) e a assistida por vácuo, com agulhas de maior calibre, de forma a obter-se uma amostra mais significativa (incluindo microcalcificações) e ainda, permitir a localização exata do tumor.

Após a biópsia, seguiu-se a ressonância magnética, exame onde são utilizadas

diferenciar tecido mamário normal e tecido mamário com alterações. A informação detalhada foi fornecida à doente, aquando da consulta no CCC. O médico assistente da D. Maria, recebeu a informação com base na classificação Breast Imaging- Reporting and Data System (BI-RADS) da American Cancer Society⁵ e o resultado histológico foi correlacionado com a imagiologia de modo a produzir as recomendações finais mais adequadas para o tratamento a realizar.

2. IMPACTO E VIVÊNCIA DO CANCRO DA MAMA

De acordo com Moreira & Canavarro (2008), muitas são as implicações do cancro da mama para as mulheres, nomeadamente ao nível da qualidade de vida e do ajustamento psicossocial. Estas autoras, referem ainda que o diagnóstico de cancro da mama é, “sem dúvida, uma experiência adversa e potencialmente traumática, que pode influenciar múltiplos aspetos do ajustamento psicológico da mulher, incluindo o seu bem-estar emocional e social, a sua imagem corporal, sexualidade e funcionamento físico” (citando Thornton & Perez, 2007, p.166).

A D.^a Maria, aparentemente calma durante toda a entrevista e exame objetivo, deixa transparecer um conjunto de sentimentos associados ao medo e incerteza que sente quanto ao desenrolar do processo da sua doença oncológica, referindo ter receio da perda de autonomia, da lucidez, de sofrer e sobretudo da separação do marido e do filho.

De acordo com a literatura consultada, foi fácil perceber que na fase inicial do diagnóstico, as principais queixas/sintomas destas mulheres são: tristeza, ansiedades, culpa, raiva e ainda sentimentos de perda de controlo face ao futuro. (Moreira & Canavarro, 2008).

2.1 Atividades de Vida Alteradas e Identificação de Problemas

De acordo com Roper, Logan & Tierney, citado por Tomey e Alligood (2004), existem cinco principais grupos de fatores que podem influenciar as atividades de vida, o ciclo vital e o continuum da dependência/independência e são eles: “biológicos, psicológicos, socioculturais (espirituais, religiosos e éticos), ambientais e político-económicos (legais)” (p.410). ainda neste contexto, no conceito do continuum da dependência/independência, é-me possível ainda “perspetivar/integrar” o auto-cuidado e a capacitação a esta mulher/família.

Das 12 atividades de vida diária inerentes ao Modelo de Roper, Logan e Tierney, como a manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, comer e beber, eliminação, higiene pessoal e vestuário, controlo da temperatura

corporal, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte, consegui identificar alteração em 4 delas, nomeadamente na **comunicação**, referindo desejo de não falar do diagnóstico, principalmente com familiares e amigos, manifestando alguma dificuldade na aceitação da doença, desconhecendo ainda pormenores acerca do diagnóstico e do real impacto da doença na sua vida e, porque ter “um cancro” ainda é sinónimo de morte, desencadeando nas pessoas sentimentos de compaixão, que não quer de todo viver nesta fase, refere a D.^a Maria. Outra atividade alterada é **comer e beber**. Refere falta de apetite, “estômago embrulhado”, apresentando uma perda ponderal de 5kg nos últimos 6 meses, estando a pesar atualmente 49kg. Esta atividade tem um grande potencial de agravamento, principalmente após a cirurgia e no decorrer dos tratamentos que poderá vir a realizar, sendo eles só radioterapia, como se perspectiva ou, em última análise, quimioterapia e radioterapia. A outra atividade de vida alterada prende-se com o **trabalho e lazer**, uma vez que refere cansaço e ansiedade, passando muito tempo a caminho do hospital para realizar exames, análises, consultas e fica “sem vontade” sic, de sair, falar com pessoas e até de ver o mar e fazer as longas caminhadas que tanto apreciava. Por fim, a última atividade que identifiquei como alterada, foi o **sono**, esta foi praticamente uma das primeiras referências que a D.^a Maria fez na consulta, indicando que já estaria medicada para o efeito.

Para além das atividades de vida alteradas, atrás mencionadas, detetei outros problemas que fui identificando ao longo da consulta, nomeadamente dor de grau 1-2 ao nível da articulação dos joelhos, bilateralmente, resultando no diagnóstico de Alteração da Mobilidade por dor/desconforto ao nível da articulação do joelho.

Neste momento encontra-se independente, sem outras alterações nas atividades de vida diária. Encontra-se ansiosa pela cirurgia, dizendo que quer retirar rapidamente o nódulo para saber se o gânglio sentinela é ou não positivo e assim perceber se precisa de realizar tratamentos. Foi informada que a cirurgia seria na semana seguinte e que no fim de semana, seria confirmada a hora da cirurgia e o local onde se dirigir.

Os cuidados de enfermagem centrados no utente têm como objetivo principal a prevenção da doença e a promoção de processos de readaptação, de modo a

satisfazer as necessidades humanas individuais e a sua independência na realização das atividades diárias, com o objetivo de obter o mais elevado nível de saúde e bem-estar para a pessoa, família e comunidade. (Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, 2001)

Segundo o Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2011), o enfermeiro especialista é aquele que tem um conhecimento aprofundado num domínio específico, que mobiliza a prática permitindo avaliar as necessidades de saúde do alvo de intervenção, em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção. Neste caso específico, atendendo às competências do enfermeiro especialista em doentes em situação crónica e mediante a apreciação dos dados observados, relatados e objetivos da doente, passo a sistematizar os diagnósticos de enfermagem levantados e/ou com risco alterado:

- Padrão de sono perturbado (preocupação com a sua situação de doença, com a cirurgia em si, ansiedade);
- Risco de ansiedade, medo e depressão (aceitação do diagnóstico, intervenção cirúrgica, ameaça à vida, alteração do papel sociofamiliar, alteração do estado de saúde);
- Adaptação comprometida (aceitação das alterações que o diagnóstico implica para a sua vida, sistema familiar reduzido, alteração da situação de saúde, comprometimento funcional e do papel sociofamiliar);
- Risco de distúrbio de Imagem corporal (perda parcial de parte do corpo, alteração do aspeto ou função de parte do corpo, sexualidade e intimidade conjugal);
- Risco de nutrição desequilibrada (devido a alterações fisiológicas ou psicológicas, relacionado com a cirurgia em si);
- Risco de alteração do conforto – dor (relacionado à cirurgia em si/traumatismo dos tecidos e gonartrose);
- Risco de infeção (relacionado com a cirurgia e reação imunológica comprometida);
- Mobilidade física alterada (pela pesquisa do GS, dor/desconforto, défice músculo-esquelético, dor ao nível das articulações dos joelhos).

2.2 Intervenções de Enfermagem

De acordo com o contexto real de cuidados e a história fornecida pela D.^a Maria, verifiquei que apesar de alguma sensação de calma, traduzida pela experiência positiva vivenciada na segunda pessoa, pelo seu esposo, ainda assim, esta mulher refere medo e ansiedade, devendo-se a vários aspetos, mas principalmente devido ao tempo de espera para a cirurgia e confirmação do diagnóstico pelo ato cirúrgico, pelas consequências que possam resultar da cirurgia, pela alteração da sua imagem corporal e da rotina diária e ainda pelo período de internamento e afastamento, ainda que por pouco tempo, dos seus entes queridos, o esposo e o filho.

Independentemente do tipo de cirurgia e do seu grau de complexidade, o ato cirúrgico, é sempre visto como uma “ameaça aos seus conceitos e padrões de vida” (Piccoli, Santos & Carvalho, 2007, p. 53).

Assim, saliento o **diagnóstico de Ansiedade**, como aquele que reflete melhor as necessidades de cuidados imediatos e especializados a esta mulher com cancro da mama proposta para cirurgia.

Utilizando os elementos constituintes do processo de enfermagem, ou seja, o diagnóstico de enfermagem (através do foco - ansiedade), os resultados esperados e sua avaliação e as intervenções planeadas, saliento 3 principais objetivos no que refere às intervenções de enfermagem e, são eles:

0. Promover tranquilidade/segurança na doente, de modo que, progressivamente a D.^a Maria verbalize e observe manifestações físicas/comportamentais de ansiedade com menor frequência;

1. Diminuir da ansiedade da doente, de modo que a D.^a Maria verbalize diminuição da duração, frequência e manifestações físicas/comportamentais de ansiedade;

2. Promover medidas de autocontrolo/autoconhecimento perante a ansiedade, de forma a que a D.^a Maria consiga identificar se existe ou não melhorias no estado de ansiedade e que estratégias utiliza;

De acordo com a American Psychiatric Association – APA (2017)¹⁹ ansiedade é uma “reação normal ao stress” e é considerada benéfica em algumas situações, pois prepara e alerta para perigos eminentes, ajudando na concentração e na atenção dada ao problema, como que antevendo uma preocupação futura, e está frequentemente associada à tensão muscular e ao comportamento de evitação. Por sua vez, e ainda de acordo com o APA (2017), o medo “é uma resposta emocional a uma ameaça imediata e está mais associado a uma reação de luta ou fuga, para sair ou escapar ao perigo”²⁰. Quando existe uma exacerbação desses sintomas afetando o desempenho sociofamiliar e os relacionamentos é considerado um transtorno de ansiedade, (APA, 2017) pelo que é fundamental a realização de intervenções preventivas que minimizem as consequências de um diagnóstico de ansiedade através de um plano de intervenção bem delineado.

Outros instrumentos aplicados, foram o «**Termómetro de Distress**» (Anexo III) da NCCN – National Comprehensive Cancer Network, para doentes Oncológicos e a **Avaliação Geriátrica G-8** (Anexo IV), da EORTC – European Organisation for Research and Treatment of Cancer de 2014, para doentes idosos com cancro, utilizados na Instituição. Na primeira, foram dadas as indicações à utente e ela própria preencheu, sendo que serviu para uma maior consciencialização do “nível de sofrimento psicológico” atual, onde tivemos oportunidade de conversar um pouco acerca dos aspetos referidos como principais stressores, tal como já foi apresentado. No segundo, uma vez que esta escala não está traduzida para português, foram colocadas as questões diretamente à doente, às quais foi respondendo de acordo com o que sentia e, concluí, em consonância com a orientadora de ensino clínico que o valor alcançado foi de 14, correspondendo a um idoso saudável, requerendo vigilância, uma vez que é o valor considerado “borderline” para a aplicação completa do instrumento de avaliação, tendo ficado registado em diário de enfermagem on-line, que após cirurgia, quando oportuno, deve voltar a realizar-se a avaliação geriátrica.

¹⁹ Fonte: Retirado de: <https://www.psychiatry.org/patients-families/anxiety-disorders/what-are-anxiety-disorders> a 25 de junho de 2019, definição de Ansiedade pela American Psychiatric Association (APA).
Physician Review By: Ranna Parekh, M.D., M.P.H. January 2017.

²⁰ Mesma fonte anterior.

De acordo com Sampaio, Ribeiro & Santos (2014), passo a definir:

- **Atividades a realizar perante o diagnóstico de ansiedade** – neste item é fundamental, em primeiro lugar a utilização de um instrumento de medida que permita avaliar e monitorizar a ansiedade. Para tal, foi usada a Escala de Ansiedade de Hamilton HAM-A²¹ (ver ANEXO I), em que cada item é pontuado com 0 (ausente), 1 (intensidade leve), 2 (intensidade moderada), 3 (intensidade forte) e 4 (intensidade máxima). O intervalo da pontuação total varia entre 0 e 56, em que <17 indica gravidade leve, 18–24 gravidade leve a moderada e 25-30 moderado a grave. A pontuação mínima para ser considerado ansioso é 20.

- **Diagnóstico de enfermagem** - A soma total da pontuação obtida na Escala de HAM-A, através das respostas dadas pela D.^a Maria foi de 38, considerado de grau elevado/grave. Foi igualmente importante identificar sinais de inquietação, movimento corporal/tensão muscular, que apesar de ténues nesta mulher, existem, e a referência à alteração do padrão do sono, demonstrando ainda algum nervosismo e preocupação com o futuro.

- **Intervenções de Enfermagem na Ansiedade** – no que refere às intervenções de enfermagem, posso referir as intervenções efetuadas no momento da consulta e depois na entrevista e exame físico, onde realço, de acordo com Rebelo e Carvalho (2014):

- A gestão do ambiente físico: a consulta foi realizada num ambiente seguro e calmo, onde pretendi reduzir os estímulos externos (visuais, auditivos). Antes da entrevista, adequei a iluminação da sala, mantendo a privacidade e conforto da senhora. Foi explicada, igualmente, a importância do registo fotográfico, realizado numa sala própria, em privacidade, sem que seja identificada na foto, sendo posteriormente incluída no seu processo clínico on-line.

- Demonstrar disponibilidade e Suporte emocional: Mostrei-me disponível, ouvindo as preocupações, medos e angústias quer da doente quer do seu esposo. Procurei

²¹ <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf> fonte: Escala HAM-A e indicações de preenchimento retirada a 10/06/2019.

adotar uma postura serena e de proximidade, numa atitude neutra, mas sempre de validação dos sentimentos e acontecimentos que relatava, dei espaço, silêncios, oferecendo uma escuta ativa, interesse e clarificação/ensinos/explicação sempre que pedido, pela D.^a Maria ou pelo Sr. ^o Manuel. Procurei falar com um tom de voz calmo, com ritmo pausado, volume controlado, evitando passar mensagens não verbais indesejadas. Penso que esta postura foi essencial na direção da entrevista, proporcionando uma interação de suporte emocional, empatia e compreensão para este casal.

- Escuta ativa e suporte emocional: Ainda de acordo com Rebelo e Carvalho (2014), “motivar a utilização de mecanismos de defesa mais apropriados; ajudar a reconhecer sentimentos, como a ansiedade, o medo e a tristeza” auxiliam a doente a encontrar estratégias e a entender as causas dos problemas, minimizando o sentimento de ansiedade. Outro aspeto que tive em conta foi explicar que o fato de não verbalizar e expor os seus medos e angústias pode piorar a sensação de ansiedade, sendo importante identificar quais os fenómenos que a desencadeiam, encontrando estratégias de autocuidado e/ou, por outro lado, sugerir o acompanhamento pela psicóloga do hospital.

- Encorajar o relacionamento com outros: estabeleci com a D.^a Maria estratégias e limites de comunicação. Foi importante ela perceber que a informação que ela quer ou não passar aos outros depende dela. Incentivei a comunicação com outras mulheres com os mesmos problemas, do apoio que pode ter através do «Mama Help», presente e ativo no CCC ou de outros grupos de ajuda/esclarecimento a mulheres com cancro da mama e ainda terapia familiar ou acompanhamento psicológico.

- Planear atividades de distração: o esposo mencionou na consulta o desejo que ambos já tinham de deixar a Sobreda e comprar uma casa no Algarve, porque os dois gostam do mar e, caminhar à beira-mar é uma das atividades mais relaxantes, satisfatórias e preferidas da D.^a Maria. O esposo saiu da consulta com a decisão de concretizar esse desejo à D.^a Maria, situação talvez “precipitada” pelos acontecimentos recentes de doença oncológica. De qualquer forma e de acordo com os gostos pessoais da doente, foi incentivada à prática de exercício físico, como caminhadas, ouvir música, realizar banhos de imersão mornos, realizar massagens, ler, ir ao cinema e planear saídas com as suas amigas.

- **Gestão da medicação:** incentivada a realizar a medicação prescrita e de acordo com a indicação médica, comunicando ao seu médico de família ou enfermeira, sempre que a medicação não esteja ajustada à situação. Foi explicado que o sono alterado é efetivamente uma atividade de vida que contribui para o aparecimento da ansiedade, associado ao impacto psicológico que o significado do cancro tem na pessoa, sendo que essa alteração afeta adversamente o bem-estar emocional e o desempenho diurno, no contexto da doença oncológica (Trill, 2013).

Orem (1990) refere que autocuidado é a realização de atividades que o indivíduo inicia, para seu próprio benefício na manutenção da vida, saúde e bem-estar. Assim, de acordo com as competências de especialista em desenvolvimento, foi neste sentido que procurei estruturar a minha intervenção e assim capacitar esta mulher para cuidar de si com o apoio do seu cônjuge.

No final da entrevista, ambos mencionaram que as estratégias abordadas e as dúvidas esclarecidas permitiram-lhes olhar para o futuro próximo de uma forma mais confiante, sentindo tranquilidade e sentimentos de esperança. Assim, considero que as atividades desenvolvidas foram significativas para a promoção do autoconhecimento, autocuidado e capacitação daquela mulher/esposo, no contexto do cancro da mama.

CONCLUSÃO

A importância do estudo de caso no ensino revela-se pelo facto estudar o fenómeno no contexto real, ou seja, no contraponto entre a intervenção prática e o estudo teórico. É no campo que surgem as interações clínicas e o estudante se confronta com a sua experiência presente e passada.

Os cuidados de enfermagem resultam da interação entre o enfermeiro e a pessoa, alvo de cuidados. O enfermeiro utiliza metodologia científica para “identificar problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial” nos indivíduos/famílias, recolhe e analisa dados formulando diagnósticos de enfermagem, elabora e executa planos para a prestação de cuidados dirigidos à pessoa e reformula intervenções após avaliação das mesmas (Código deontológico dos enfermeiros, 2005, p.384).

Em suma, surgiram quatro questões: O que está a acontecer? Como aconteceu? Porque aconteceu? O que devemos fazer no futuro?

Considerarei esta experiência de cuidados amplamente pertinente, uma vez que o ambiente de cuidados que me foi proporcionado permitiu a captação e aquisição de novos conhecimentos através da observação e da prática direta de cuidados a doentes/famílias/cuidados do foro oncológico. O papel do enfermeiro especialista nesta área, assume-se no contexto da enfermagem oncológica não apenas através de aspetos físicos e estruturais do ambiente de cuidados, mas principalmente em elementos de cultura, liderança e avaliação de forças externas e internas identificadas na literatura e que “moldam” as condições ou as circunstâncias do ambiente da prática de cuidados (Bakker, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

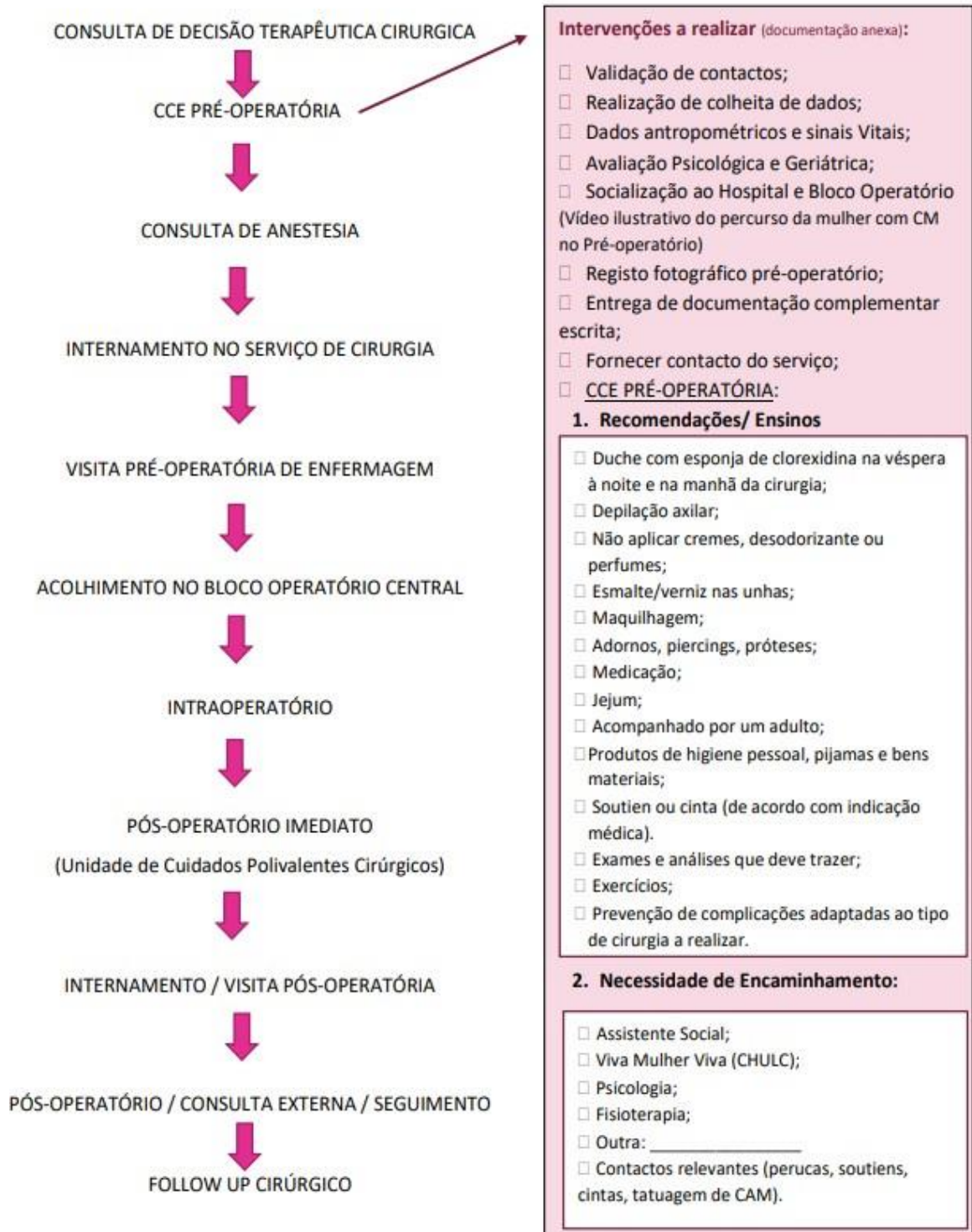
- Bakker, D., Strickland, J., MacDonald, C., Butler, L., Fitch, M., Olson, K., & Cummings, G. (2013). The context of oncology nursing practice: An integrative review. *Cancer Nursing*, 36(1), 72–88. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31824afadf>
- Galvão, M.T., Janeiro J. M. (2013). O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revisão Teórica. REME, Rev Min Enferm.* 17(1), 225–230. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>.
- Kruger, L. & Werlang B. (2008). O Genograma como recurso no espaço conversacional terapêutico. *Avaliação Psicológica*; 7(3), 415–426.
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2008). *Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência.* 9(1), 165–184.
- NCCN Linhas de orientação para doentes. (2013). Cancro da mama: versão 2.2011. *Psicologia USP*, 24, 35–53. 110p.
- Ordem dos enfermeiros (2005) – Código deontológico dos enfermeiros: Dos comentários à análise dos casos. Coordenação de Lucília Nunes, Manuela Amaral e Rogério Gonçalves. 457p.
- Orem, D. E. (1990). *Nursing – Concepts of Practice.* Third edition. New York: McGraw-Hill. ISBN-0-07-047525-3. 303p.
- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital.* Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Piccoli, M., Santos, R., & Carvalho, A. (2007). Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enfermagem.* ISSN – 1414-8536. 12(1), 52–61.
- Sampaio, F., Ribeiro, A., Santos, A. (2014). *A ansiedade e os sistemas de informação em enfermagem: Elaboração de um catálogo CIPE* ®. (January 2011). <https://doi.org/10.13140/2.1.3824.2882> Conference Paper.
- Santos, B. & Ramos A. & Fonseca C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Aging & Innovation*, 6 (1): 51-54.
- Sena, A., Nascimento, E. & Maia, A. (2013). *Prática do enfermeiro no cuidado ao paciente no pré-operatório imediato de cirurgia eletiva.* Revista Gaúcha de Enfermagem. 34(3), 132–137.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004) – *Teóricas de Enfermagem – Modelos e Teorias de Enfermagem.* Lusociência. 5ª Edição. ISBN: 9728383746. 750p.
- Trill, M. D. (2013). Anxiety and sleep disorders in cancer patients. *EJC Supplements*, 11(2), 216–224. <https://doi.org/10.1016/j.ejcsup.2013.07.009>.

Apêndice XI – Checklist de Intervenções na Consulta Pré-operatória


CHECKLIST DE INTERVENÇÕES NA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA			
CONFIRMAR:		SIM	NÃO
SITUAÇÃO DE SAÚDE	Nome, data de nascimento e contactos de pessoa de referência		
	Colheita de dados		
	Consentimento Informado		
	Lateralidade		
	Qual a cirurgia/exames a efetuar		
	Alergias		
	Medicação que pode tomar/trazer para hospital ou deve parar		
	Peso e altura		
	Registo fotográfico pré-operatório		
PROMOVER:			
ACOLHIMENTO	Socialização ao hospital e bloco operatório (PowerPoint ilustrativo)		
	Entrega de documentação complementar escrita (de acordo com a necessidade de autocuidado)		
	Entrega do contacto do serviço		
ESCLARECER:			
ENSINOS	Jejum antes da cirurgia (6h)		
	Não deve trazer adornos, fios, brincos e piercings		
	Deve retirar lentes de contacto, próteses dentárias e outras		
	Evitar verniz ou outro esmalte nas unhas		
	Não aplicar cremes, desodorizantes ou perfumes na pele		
	Higiene corporal/banho pré-operatório		
	Vestuário a levar para o internamento (soutien, cinta) e bens pessoais		
	Tipo de cirurgia, local da sutura, penso e possíveis drenos		
	Tempo de cirurgia e de recobro		
	Estimativa do dia da alta		
Percurso no acolhimento, bloco e recobro			

Apêndice XII – Fluxograma de Intervenção




FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO



**Apêndice XIII – Póster – Consulta Pré-Operatória de
Enfermagem a Mulheres com CM**



1 Jornadas
Pensar a Enfermagem Avançada no
contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019
Centro de Congressos de Lisboa, Pavilhão de Exposições

CAPACITAÇÃO E PROMOÇÃO
DO
AUTOCUIDADO

CONSULTA PRÉ- OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM EM MULHERES COM CANCRO DE MAMA

**Intervenção de
Enfermagem
Avançada**

O autocuidado consiste num processo autodirigido, dinâmico e autoempoderante na implementação de comportamentos que reconhecem, previnem, aliviam e/ou diminuem o tempo, a intensidade, a angústia, a aflição e a qualidade desagradável dos sintomas com o intuito de atingir os melhores resultados de desempenho funcional.
(European Oncology Nursing Society, EONS, 2018)

ANA DIAS [1], EUNICE SÁ [2]
1 ana.bernardo@campus.esel.pt; Centro Hospitalar Universitário de Lisboa
2 esa@esel.pt; ESEL Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Referências Bibliográficas de Imagens:
Imagem 1 - [https://www.gettyimages.com/detail/stock-photo/young-woman-arms-crossed-against-white-background/1200000000](#)
Imagem 2 - [https://www.gettyimages.com/detail/stock-photo/young-woman-arms-crossed-against-white-background/1200000000](#)

Filosofia de Cuidados adotada foi a de D. Orem (2001) através da Teoria do Autocuidado.

O Modelo de Lasater (2011) referente ao Cuidado Centrado na Pessoa e julgamento clínico, nos seus quatro aspetos fundamentais, ajuda-nos a perceber a Mulher com Cancro da mama, a interpretar as suas necessidades de autocuidado, a dar resposta às suas necessidades através da intervenção especializada e, por fim, refletir e procurar melhorar a prática com base na melhor evidência disponível.

Os processos centrados na pessoa, focados na prestação de cuidados de excelência através do desenvolvimento de atividades passam por garantir cuidados de qualidade, personalizados, adaptados à complexidade e singularidade de cada situação, de forma a obter resultados que incluem satisfação da mulher com o cuidado, o seu envolvimento no cuidado, a sensação de bem-estar, onde a tomada de decisão é compartilhada num ambiente cuidados terapêutico e seguro para a mulher e pessoa de referência.

A Revisão da literatura permitiu identificar necessidades Psicossociais e Educativas no âmbito da consulta Pré-operatória de Enfermagem. A satisfação de necessidades de autocuidado da Mulher, mediante a consulta especializada de enfermagem, pretende dar visibilidade às intervenções autónomas do enfermeiro especialista na capacitação para o autocuidado da mulher pós cirurgia por cancro da mama, constituindo ainda um importante contributo na construção de estratégias de melhoria de cuidados no período perioperatório.

CHEKLIST CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

ÁREA	ITEM	PRE	OP
ANAMNESE	Realizar história da doença atual e história prévia de doenças		
	Realizar história de doenças crónicas		
	Realizar história de cirurgias anteriores		
	Realizar história de medicação atual e anterior		
EXAME FÍSICO	Realizar exame físico geral		
	Realizar exame físico específico		
	Realizar exame físico de mama		
	Realizar exame físico de axilas		
EXAMES	Realizar exames de sangue		
	Realizar exames de urina		
	Realizar exames de imagem		
	Realizar exames de outros órgãos		

Apêndice XIV – Caracterização da população Alvo

CARACTERIZAÇÃO DA POPULÇÃO ALVO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA A MULHERES COM CM



A imagem de Autor Desconhecido está na biblioteca de imagens do word

Fevereiro de 2020

Enfermeira

Ana Dias Bernardo



Caracterização da População Alvo

Sumário:

A área de influência do Centro Hospitalar é composta por 38 freguesias do concelho de Lisboa e por sete freguesias do concelho de Loures, tendo algumas especialidades uma área de influência mais alargada¹, a área de cobertura populacional de primeira linha corresponde a cerca de 357 mil habitantes. No entanto, as suas características de hospital de destino para referenciação diferenciada alargam o seu âmbito de influência para o nível regional e nacional podendo afirmar-se que a sua capacidade abrange cerca de 1,8 milhões de habitantes².

Este centro hospitalar pertence ao Grupo III³ no que respeita aos critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar.

No início da consulta, foram colocadas algumas questões a todas as mulheres, com o intuito de complementar e/ou acrescentar informação ao processo clínico. Pretendia-se caracterizar a população alvo, obviamente não extrapolando para o geral, no entanto é uma amostra muito consistente com os dados apresentados pelo Centro Hospitalar (CH) e que podem ajudar a conhecer melhor, quem é a mulher que recorre à consulta externa de Senologia e inicia o processo de tratamento oncológico neste hospital. Esta colheita de dados visou a confirmação da idade, do tipo de cirurgia e respetiva lateralidade e ainda dos seguintes aspetos:

Referenciação, Queixa principal, Método de deteção, Doenças conhecidas, Hábitos Antecedentes familiares de neoplasia, Alergias conhecidas, Antecedentes cirúrgicos, Peso e altura e ainda, dados sociodemográficos como: Estado civil, Habilitações literárias, Profissão, Pessoa de referência e Religião.

A consulta de enfermagem pré-operatória foi realizada a 30 mulheres com cancro de mama e com cirurgia eletiva programa

¹ Dados do SNS - <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-lisboa-central-epe/>

² Relatório e Contas 2017, do Centro Hospitalar

³ O Grupo III obedece às seguintes características: Área de influência direta e indireta para as suas valências; abrange todas as especialidades médicas e cirúrgicas, sendo que as áreas de maior diferenciação e subespecialização estão sujeitas a autorização do membro do Governo responsável pela área da saúde, sob proposta da Administração Central do Sistema de Saúde, IP.

Análise e Apresentação dos Resultados

A apresentação dos dados será realizada através da identificação e descrição das principais conclusões e posteriormente a apresentação dos gráficos e tabelas obtidos, para possível consulta e confronto com a análise efetuada.

Descrição e análise da informação recolhida:

A maioria das mulheres (11) que recorreu à consulta de enfermagem pré-operatória de enfermagem apresenta-se com idade superior a 65 anos, seguido de 10 mulheres com idades compreendidas entre os 45 e os 64 anos. Abaixo dos 44 anos, estiveram na consulta 8 mulheres e apenas 2 com idade inferior a 34 anos.

Relativamente ao estado civil, mais de metade das mulheres são casadas ou vivem em união de fato, sendo das restantes 10 mulheres, ou são solteiras, ou viúvas ou divorciadas.

A grande maioria são católicas e reformadas.

Quanto ao grau de escolaridade, cerca de 40% da população tem o ensino primário incompleto ou completo, 28% tem o ensino superior, seguido de 20% apenas com o ensino básico e 10% com o ensino secundário concluído.

A maioria apresenta o esposo ou o companheiro como a pessoa de referência e as restantes indicam os filhos ou outros familiares próximos.

O peso e a altura foram incluídos na colheita de dados para o ajuste anestésico e de terapêutica no intra e pós-operatório e não foram tidas em conta outras análises, pelo que se dispensa a sua referência.

Maioritariamente as mulheres foram referenciadas pelo seu centro de saúde da área de residente, 5 mulheres recorreram à consulta externa de senologia por iniciativa própria e as restantes, ou já eram seguidas na consulta de vigilância ou foram referenciadas por outros especialistas do privado.

O meio mais utilizado pela deteção do CM por estas mulheres foi a palpação através do método AEM (autoexame da mama), mas num número muito próximo de mulheres, o CM foi detetado em exames de rotina.

Os antecedentes pessoais foram levantados, no sentido de monitorizar e alertar quanto à toma de medicação no pré-operatório ou a sua supressão, aspeto a ser clarificado na consulta de anestesia.

30% destas mulheres referem hábitos tabágicos, aspeto relevante a abordar na consulta devido ao seu efeito e alterações já comprovadas na recuperação anestésica e na cicatrização da pele.

Das 30 mulheres atendidas em consulta, 83% já tinham sido operados, devido a outras situações de doença e muitas recordavam aspetos gerais comuns a todas as cirurgias, facilitando a comunicação e os ensinamentos, sendo que 4 mulheres já tinham ido operadas por neoplasia da mama contralateral.

A questão das alergias, é igualmente fundamental conhecer no sentido de antecipar cuidados e alertar toda a equipa que cuida para adequar a sua intervenção. Neste item, 3 mulheres referem alergias a medicamentos, 1 aos adesivos e outra ao latex.

No que refere aos antecedentes familiares de neoplasia, a maioria das mulheres aponta familiares menos diretos como tios e primos.

Cerca de 53% das mulheres, aquando a consulta de enfermagem já sabiam o dia da cirurgia e apenas 20% já tinham tido consulta de anestesia. Este aspeto ajuda o enfermeiro a conduzir a consulta, no reforçar ou clarificar de temas menos explícitos e que ainda possam subsistir como dúvida para as próprias.

20% das mulheres tinham realizado quimioterapia neoadjuvante, pelo que se apresenta um dado relevante, uma vez que na sua generalidade, estas mulheres encontram-se mais debilitadas, mais emagrecidas, com maior dificuldade na punção de acesso venoso, maior sensibilidade à dor, evidenciando os efeitos secundários do tratamento por quimioterapia. Tornando-se assim fundamental abordar e esclarecer dúvidas existentes e até antecipar cuidados no perioperatório, na preparação de anestesia e posterior analgesia.

Relativamente à necessidade de referenciação para outros elementos da equipa, 1 mulher foi direcionada para o gabinete de apoio social e 3 mulheres referenciadas à psicóloga da unidade da mama.

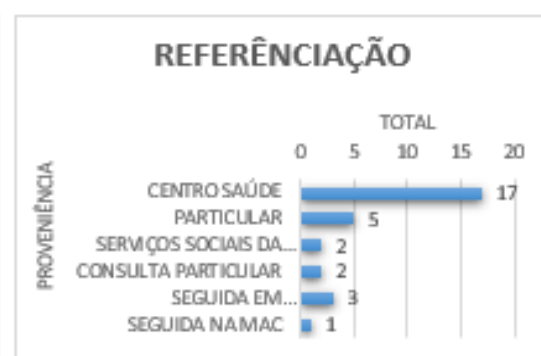
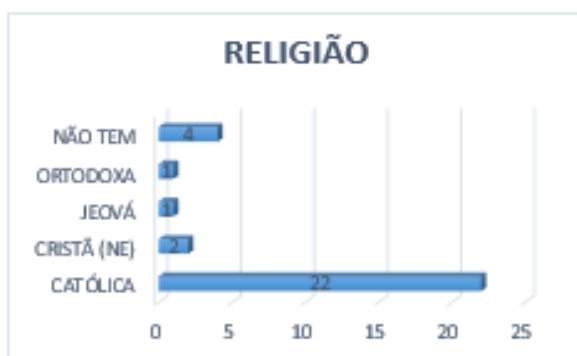
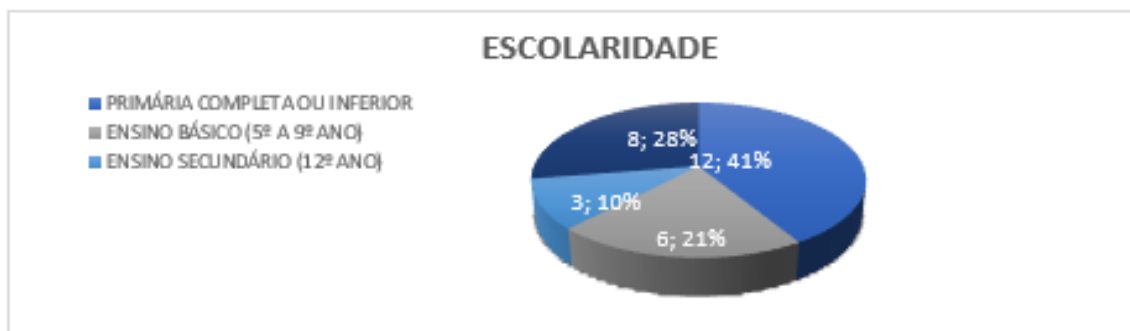
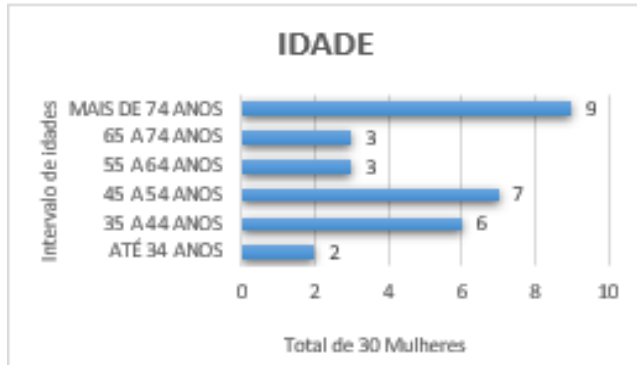
A lateralidade que a maioria das vezes não consta no programa operatório, foi sempre validada em consulta, confrontada com a proposta cirúrgica e alertando a mulher para o consentimento informado livre e esclarecido.

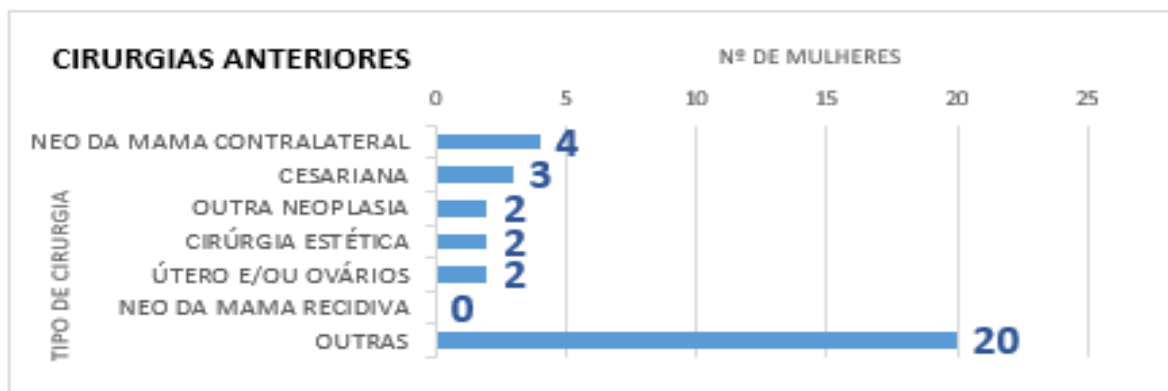
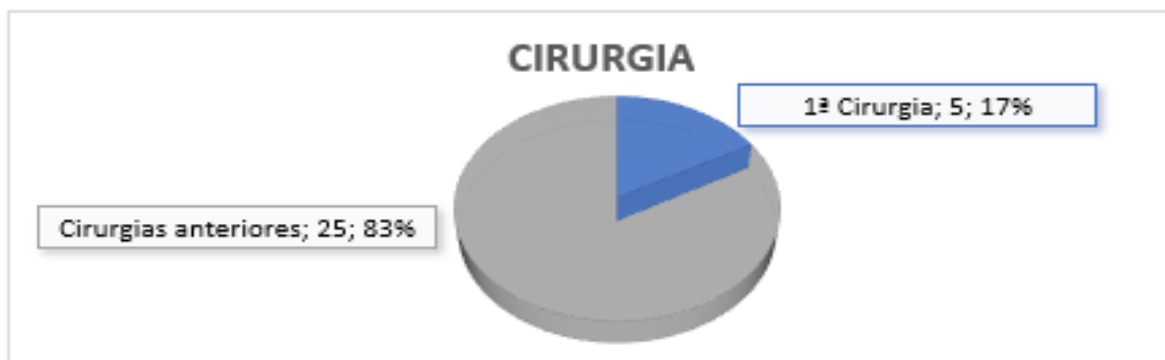
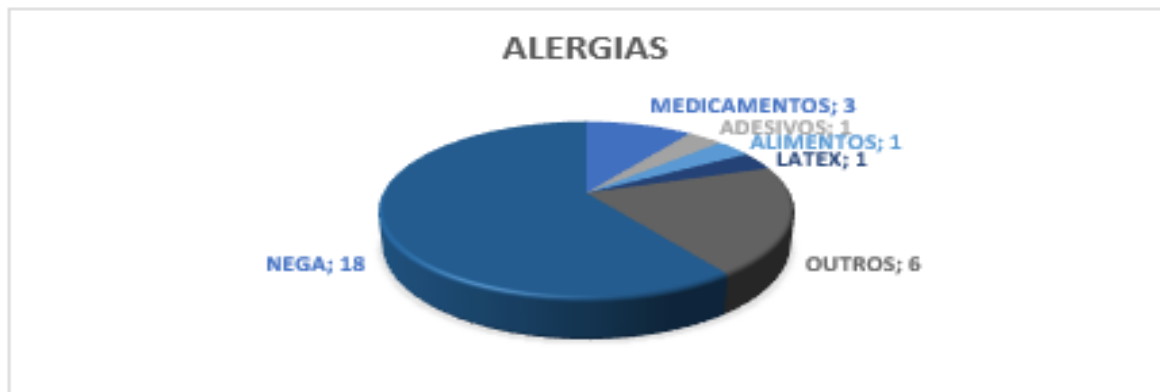
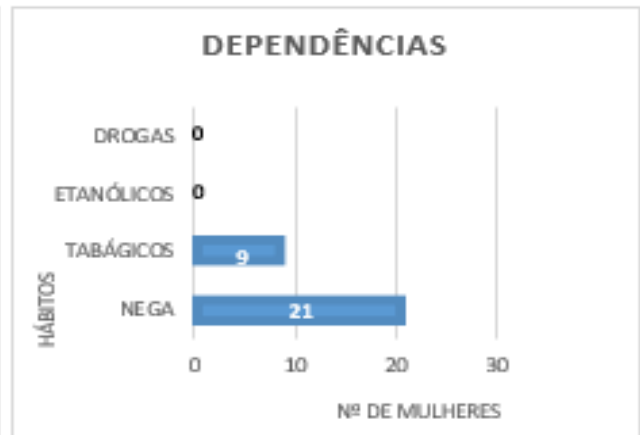
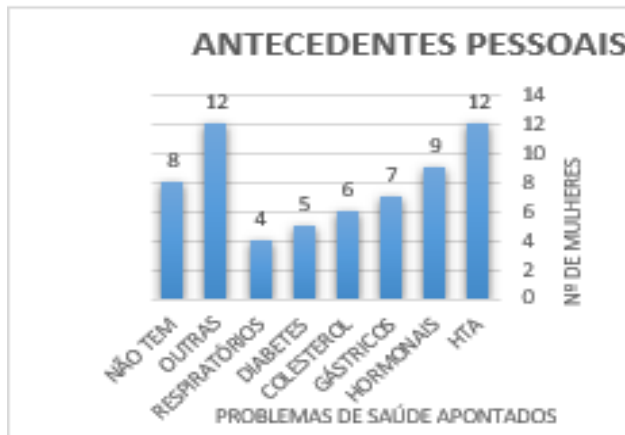
A maioria das mulheres foi proposta para tumorectomia, no entanto, das 12 mulheres propostas para mastectomia total, todas fizeram linfadenectomia, com necessidade em consulta de realizar ensinamentos relativos ao esvaziamento axilar, principais complicações e cuidados a ter, mediante a apresentação de folhetos informativos e powerpoints educativos.

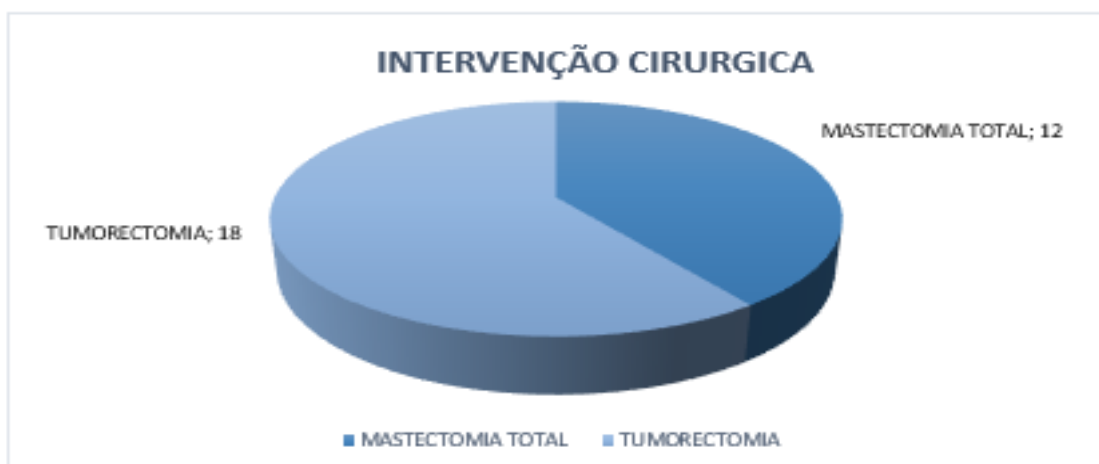
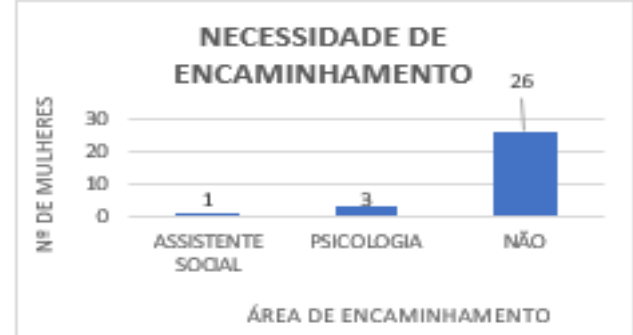
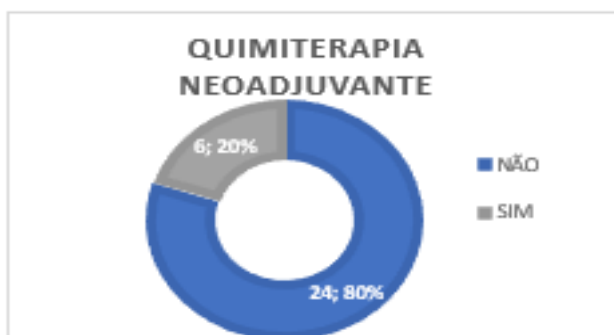
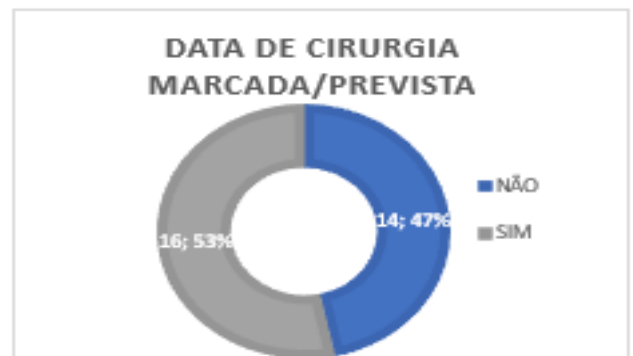
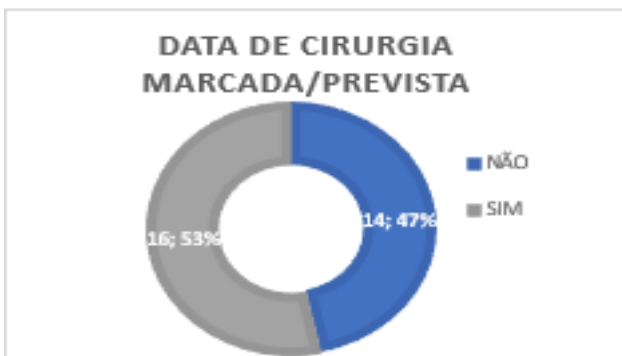
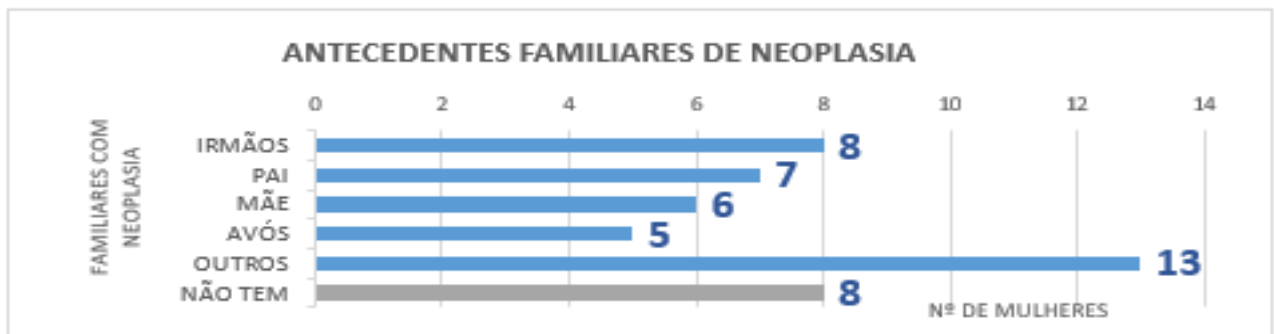
As mulheres que realizaram tumorectomia, à exceção de 1, todas colocaram arpão no dia da cirurgia, antes ir para o bloco, pelo que constituiu também uma oportunidade de ensino em contexto de consulta.

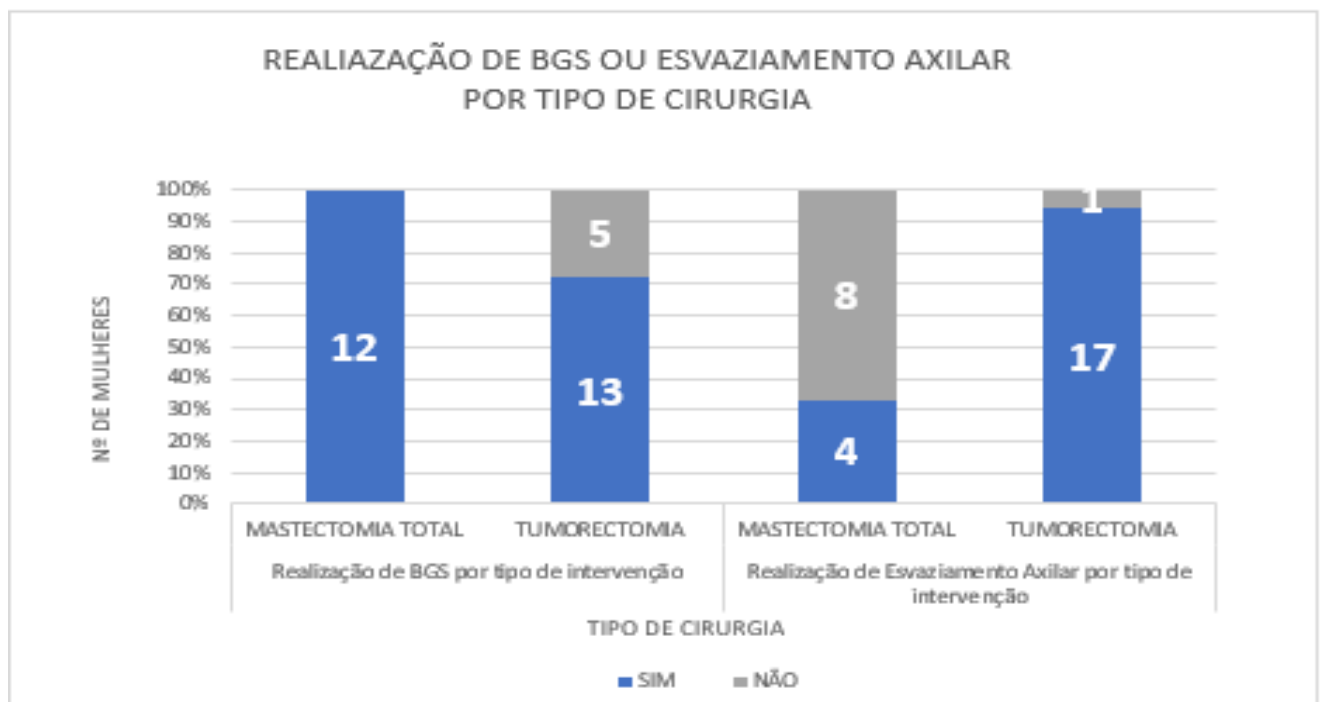
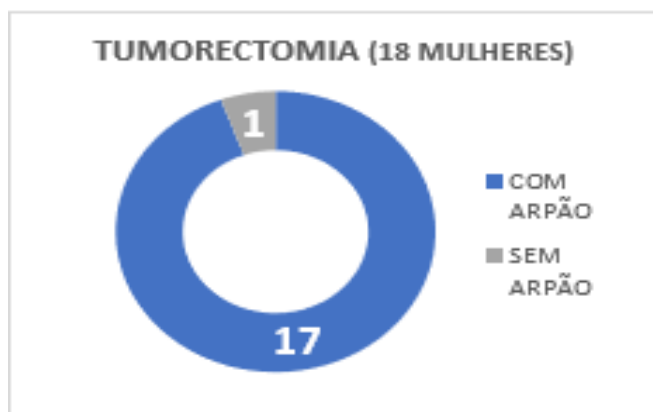
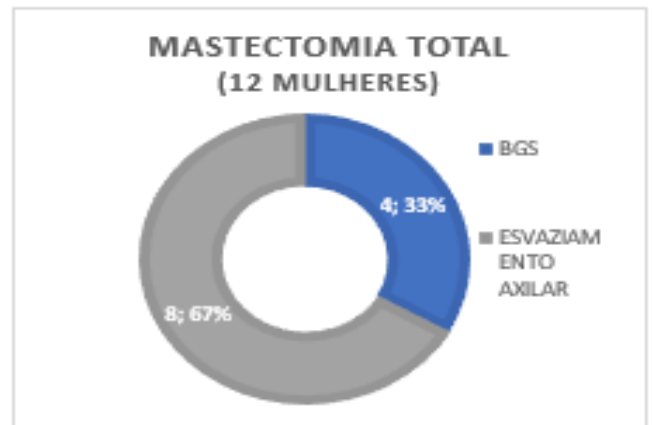
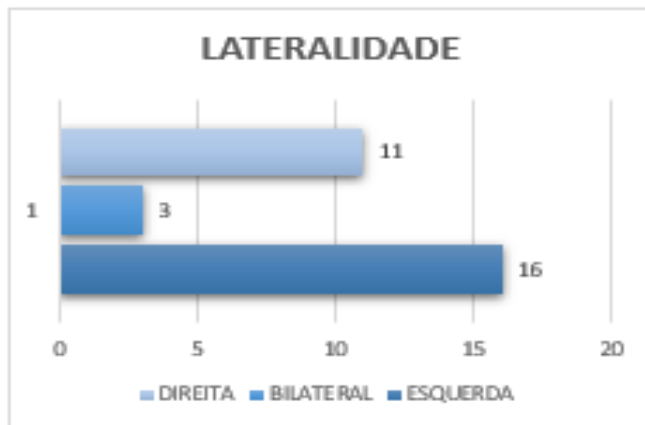
Por fim, a referir que 30% das mulheres operadas, realizaram de imediato cirurgia plástica e reconstrutiva pelo que foi necessário efetuar os respetivos ensinamentos quanto ao tipo de cirurgia e principais cuidados e complicações.

Gráficos e Tabelas – Principais Resultados









Apêndice XV – Sessão de Formação Instituição C



13



16



14



17



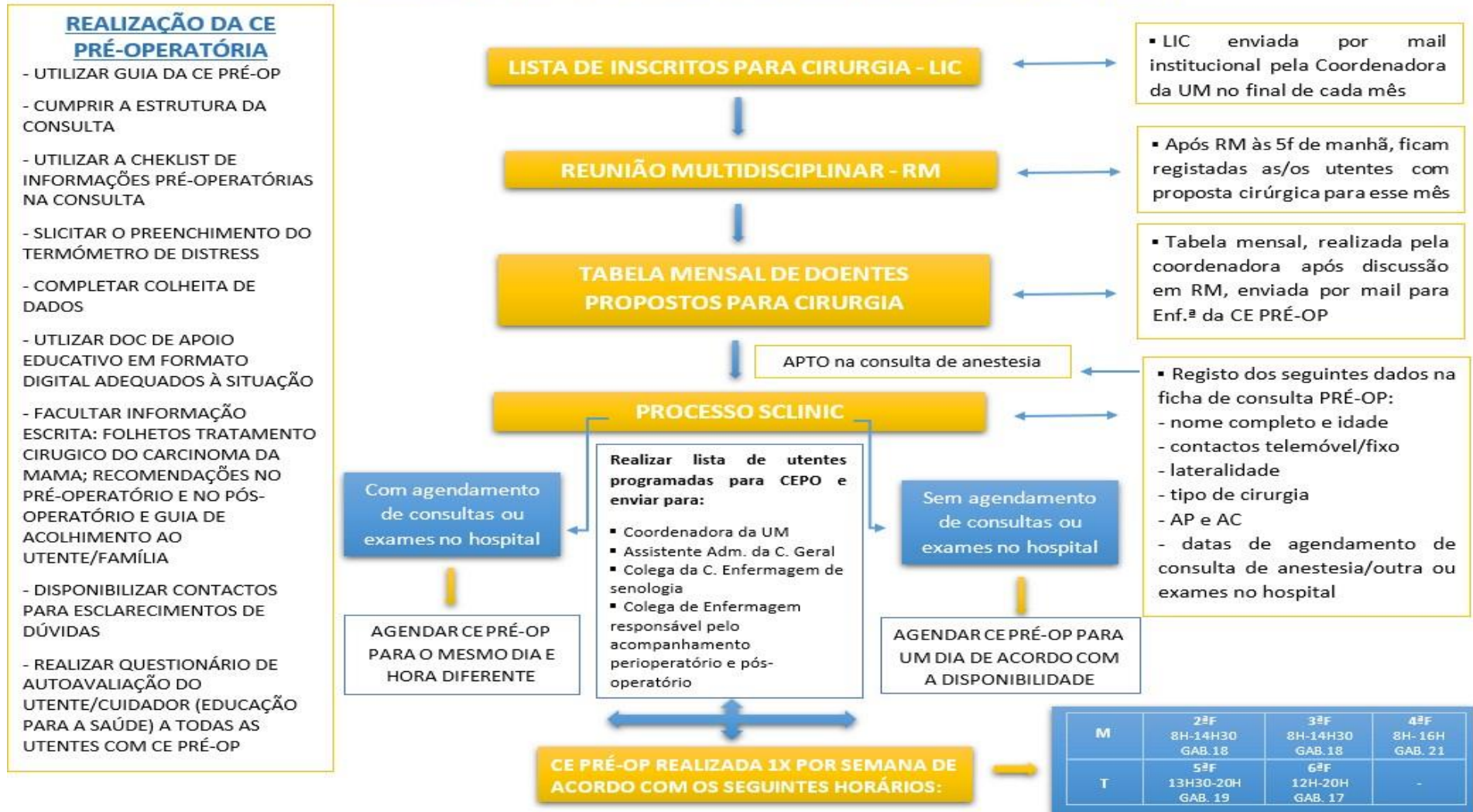
15



18

Apêndice XVI – Algoritmo da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

ALGORITMO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



Apêndice XVII – Questionário de Educação para a Saúde – Instituição C

Cara utente,

Sou Enfermeira do Bloco Operatório Central deste CHULC, neste momento a realizar a Especialidade e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica e estou interessada em Promover Cuidados de Enfermagem Especializados Integrada na Equipa da Unidade da Mama, no âmbito da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória à Mulher com Cancro da Mama.

Gostaria de esclarecer que as informações que fornece ao responder às perguntas do questionário, serão absolutamente confidenciais, garantindo o seu anonimato. Nenhuma pessoa sofrerá qualquer tipo de represália pelo fato de preencher ou não este questionário, ou será identificado aquando da divulgação dos resultados após a sua análise. Só estou interessada na informação que será tratada estatística e analiticamente e não nos resultados individuais.

Nesta perspetiva, solicito o preenchimento de um breve questionário de Autoavaliação – Educação para a Saúde, no sentido de melhorar os cuidados de apoio e ensino no período perioperatório. Leia com atenção o questionário e coloque uma cruz (uma só) no quadrado que melhor corresponde à sua situação, ajudando assim, a identificar as áreas que necessitam de melhoria.

Por favor coloque SEMPRE uma cruz em todos os quadrados, de acordo com a resposta que neste momento se aplica ao seu caso.


Muito Obrigada pela sua tão preciosa colaboração.

Enfermeira

Ana Dias Bernardo

Educação para a saúde – Unidade da Mama (UM)

AUTOAVALIAÇÃO DO UTENTE/CUIDADOR

IDADE - _____ anos PRIMEIRA CIRURGIA ONCOLÓGICA: SIM ____ NÃO ____ PRIMEIRA VEZ QUE É OPERADA: SIM ____ NÃO ____					
No sentido de melhorar os cuidados de apoio e ensino no período perioperatório , solicitamos que nos ajude a identificar as áreas que necessitam de melhor atenção da nossa parte, colocando uma cruz nas seguintes afirmações:					
		AUTOAVALIAÇÃO			
TEMAS ABORDADOS		Sei/sinto-me capaz/ Sim	Precisava de mais ensinamentos	Não sei/não consigo/ Não	Não aplicável
Situação de Saúde	Conheço o motivo da cirurgia				
	Conheço o motivo dos exames				
	Foi-me explicada a cirurgia que vou realizar				
	Foram-me explicados os exames				
	Conheço as possíveis complicações				
	Conheço os principais sinais de alerta				
	Foi-me explicado o percurso até ao dia da cirurgia				
	Foi-me entregue documentação escrita				
Acolhimento	Sei o nome da(o) enfermeira(o) que me acolheu na Unidade da Mama (UM)				
	Recebi o número da UM para poder esclarecer as minhas dúvidas				
	Foi-me fornecida informação escrita				
Ensinos Pré-Operatórios	Fui alertado para o jejum antes da cirurgia				
	Fui alertado para o jejum antes dos exames				
	Fui informado acerca da medicação que posso tomar e trazer para o hospital				
	Sei que não devo trazer adornos, fios, brincos, piercings				
	Evitar verniz nas unhas, aplicar cremes, perfumes ou desodorizantes na pele				
	Fui informado acerca daquilo que posso/devo levar para o internamento				
	Sei qual o vestuário que devo levar para o internamento (Soutien, outros)				
	Foi-me realizado ensino acerca dos cuidados após esvaziamento axilar				
	Sei o tamanho do penso				
	Conheço a localização dos drenos				
	Explicaram-me o percurso no acolhimento/ bloco operatório				
	Senti-me preparada para a cirurgia				

Educação para a saúde – Unidade da Mama (UM)

AUTOAVALIAÇÃO DO UTENTE/CUIDADOR

Continuação...		Sei/sinto-me capaz/ Sim	Precisava de mais ensinamentos	Não sei/não consigo/ Não	Não aplicável	
Prevenção de Complicações	Sei que devo assinar o consentimento informado para a cirurgia					
	Foram confirmados os seguintes dados (nome, idade, contacto de Familiar/amigo que me acompanha)					
	Fiz análises/exames pré-operatórios					
	Sei que vou ter consulta de anestesia					
	Todos os meus exames e análises estavam disponíveis					
	Sei a previsão do dia/ hora da cirurgia					
	Sei quanto tempo vou estar no bloco, no recobro e no quarto					
	Conheço a previsão do dia da alta					
Explicaram-me que vou ter consulta pós-operatória e continuar a ser acompanhada pela equipa da UM						
Ensinos Pós-Operatórios	Fui visitada pela enfermeira da UM no quarto (reforço de ensinamentos/apoio)					
	Foi-me explicado os cuidados a ter com os drenos e com a integridade dos pensos					
	Foi-me explicado acerca do soutien e roupa adequada a utilizar					
	Fui alertada para principais sinais de alerta e infeção da ferida cirúrgica					
	Porque fiz biópsia do gânglio sentinela, explicaram-me acerca da alteração da coloração da urina e fezes					
	Sinto-me capaz de regressar a casa após a cirurgia					
	Sei a data de regresso à UM para vigilância e penso pós-operatório					
	Porque fiz esvaziamento axilar, ensinaram-me:					
	Restrição na mobilização do membro superior do lado operado					
	A proteger-me nas atividades de vida diária					
Restrição do membro para procedimentos invasivos e/ou outros						
Restrição na condução						
Satisfação no Atendimento	Gostei da forma como me acolheram					
	O momento da consulta foi oportuno					
	O tempo dispensado foi suficiente					
	Os ensinamentos e explicações efetuadas foram importantes e ajudaram-me					
	A documentação escrita complementa bem toda a informação oral recebida					
	Senti-me apoiada e esclarecida					
	Senti-me mais segura e confiante face à cirurgia e à alta					
	Possuo o contacto Telemóvel/mail, para expor as minhas preocupações					

Data
/ / 2020

Apêndice XVIII – Guia da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ- OPERATÓRIA

GUIA DA CONSULTA

Fevereiro

2020

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Autora

Enf.ª Ana Dias, nº mecanográfico [REDACTED]

(Enfermeira do Bloco Operatório Central do [REDACTED])

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMPM – AVALIAÇÃO MULTIDISCIPLINAR PATOLOGIA MAMÁRIA

ASA – AMERICAN SOCIETY OF ANAESTHIOLOGISTS

BGS – BIÓPSIA DO GÂNGLIO SENTINELA

CAM – COMPLEXO ARÉOLO MAMILAR

CE – CONSULTA DE ENFERMAGEM

CM – CANCRO DA MAMA

DGS – DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

ESA – EUROPEAN SOCIETY OF ANAESTHESIOLOGY

EUSOMA – EUROPEAN SOCIETY OF BREAST CANCER SPECIALISTS

INE – INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

LIC – LISTA DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

PNDO – PLANO NACIONAL DE DOENÇAS ONCOLÓGICAS

RX – RAIOS X

UM – UNIDADE DA MAMA

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
2. UNIDADE DA MAMA DO [REDACTED].....	12
3. CIRURGIA ONCOLÓGICA DA MAMA	14
4. FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO NA CE PRÉ-OPERATÓRIA	20
5. FLUXOGRAMA DO CIRCUITO DO DOENTE COM CM NO CHULC.....	21
6. CUIDADOS DE SUPORTE EM CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA	22
7. OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM	25
Estrutura da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória	26
População e Recursos da CE Pré-operatória.....	27
Checklist de Informação Pré-Operatória.....	28
Segurança do Doente Cirúrgico.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
APÊNDICES	33
APÊNDICE I – Organização da Consulta Externa de Senologia	34
APÊNDICE II – Checklist de Intervenções na CE Pré-Operatória.....	36
APÊNDICE III – Recomendações no Pré-Operatório	38
APÊNDICE IV – Recomendações no Pós-Operatório.....	40
APÊNDICE V – Percurso do Doente Cirúrgico	42
APÊNDICE VI – Biópsia do Gânglio Sentinela.....	44
APÊNDICE VII – Colocação de Arpão	46
APÊNDICE VIII – Esvaziamento Axilar	48
APÊNDICE IX – Oncocirurgia Mamária.....	50
APÊNDICE X – Questionário de Autoavaliação – Educação para a Saúde	52
APÊNDICE XI – Grelha de Agendamento Cirúrgico.....	55
ANEXOS.....	57
ANEXO I – Procedimento Multissetorial –Percurso do Doente Cirúrgico. TRC.177.....	58
ANEXO II – Termómetro de Distress Oncológico.....	60
ANEXO III – Folheto do [REDACTED] – Tratamento Cirúrgico do Cancro	62
ANEXO IV – Folheto do [REDACTED] – Guia do Utente.....	64

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

INTRODUÇÃO

A Consulta de Enfermagem Pré-Operatória, organizada, de forma, a dar resposta às necessidades de cuidados da pessoa com cancro da mama (CM) proposta para cirurgia, encontra-se inserida na Unidade da Mama (UM) do Centro Hospitalar [REDACTED].

O principal objetivo da CE Pré-Operatória é:

- Promover a melhoria dos cuidados à pessoa/família com cancro da mama proposta para cirurgia, através das intervenções de enfermagem especializada no contexto da consulta pré-operatória.

Os objetivos específicos inerentes a esta consulta são:

- ❖ Acolher a mulher e sua família;
- ❖ Esclarecer dúvidas sobre a cirurgia a realizar;
- ❖ Informar acerca dos cuidados a ter no pré-operatório perspetivando um pós-operatório isento de intercorrências;
- ❖ Reduzir ansiedade face ao procedimento cirúrgico;
- ❖ Fornecer apoio emocional;
- ❖ Fornecer apoio educativo;
- ❖ Entregar informação escrita complementar.

Neste contexto, e procurando dar resposta à missão do [REDACTED], em assegurar a cada doente *“cuidados que correspondam às suas necessidades, de acordo com as melhores práticas clínicas (...)”* e à visão defendida, em *“constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde diferenciados”*¹, surge então, esta consulta pré-operatória de enfermagem, inserida na UM, procurando dar resposta aos objetivos Estratégicos da Comissão da Qualidade e Segurança para o triénio 2017/2019 do [REDACTED], no que refere à Promoção de programas de acreditação/ certificação e à Promoção e melhoria da qualidade clínica e organizacional hospitalar.

¹ Disponível em: [http://www.\[REDACTED\].min-saude.pt/institicao/](http://www.[REDACTED].min-saude.pt/institicao/)

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



De acordo com Gonçalves, Cerejo e Martins (2017): “a equipa de enfermagem tem a responsabilidade fulcral de ajudar o doente cirúrgico a compreender e a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais, com as circunstâncias e as complexidades que envolvem o momento cirúrgico, de modo a este poder adquirir um certo sentimento de domínio” (p.18).

O objetivo deste guia orientador da CE Pré-Operatória, é fornecer ao profissional que a realiza, o contexto, a estrutura e a organização a ter em conta na consulta de enfermagem pré-operatória.

Para Pedro e Travado (2017) o enfermeiro, para além do constituir a ligação entre o doente e a equipa multidisciplinar onde se insere, na consulta de enfermagem, com a mulher com cancro da mama, deve:

“centrar os cuidados nos seus problemas e necessidades, mostrar disponibilidade para escutar, informar sobre a doença e os tratamentos e fornecer apoio emocional, apoiando-se numa comunicação eficaz baseada na empatia e escuta ativa, na exploração dos problemas e na validação dos seus sentimentos e emoções. (...) é feita uma correta avaliação, aconselhamento ou referenciação para o médico assistente, psicólogo, dietista, assistente social, fisioterapeuta ou outro elemento da equipa multidisciplinar” (p.83).

De acordo com Toney e Alligood (2004), a atividade de autocuidado acontece quando a pessoa atua de forma consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a verdadeira autonomia. Nesta vertente, verifica-se que o autocuidado é uma intervenção com resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com uma translação muito positiva no que refere à capacitação e promoção da saúde e bem-estar. A sua inclusão no contexto de consulta pré-operatória em mulheres com cancro da mama propostas para cirurgia, revela-se uma intervenção de enfermagem decisiva, pois, tal como afirma Santos, Ramos e Fonseca (2017), “as atividades de autocuidado aliviam os sintomas e as complicações das doenças, reduzem o tempo de recuperação e reduzem a taxa de hospitalização e re-hospitalização” (p.51).

A Consulta de enfermagem é definida em Diário da República (DR, 2014) como sendo uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (p.598). Oliveira, Queiroz, Matos et al (2012), destacam o potencial da consulta

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

de enfermagem como: “uma estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva, respaldada por lei, privativa do enfermeiro, e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis” (p.156).

Assim, a consulta de enfermagem pré-operatória surge, no sentido de esclarecer a mulher acerca da “natureza e objetivos dos procedimentos de diagnóstico, preventivos ou terapêuticos”, bem como dos possíveis “desconfortos (...), riscos físicos, psicológicos, económicos e sociais” que possam surgir no decorrer do processo da sua doença oncológica (Arantes e Mamede, 2003, p.50). A existência de um ambiente propício à “construção da identidade feminina” (p.52) e à tomada de decisão partilhada, pretende ainda atender à responsabilidade profissional e ética, observando-se o princípio da beneficência, autonomia e respeito pela vulnerabilidade da pessoa humana. Desta forma, pretende-se que durante a consulta pré-operatória de enfermagem e, após o diagnóstico de tratamento cirúrgico, a(o) enfermeira(o), através das orientações explanadas neste documento, realize à mulher/família com CM uma consulta individualizada, no sentido de minimizar o sofrimento e o medo/incerteza no futuro, constituindo um importante apoio emocional e educativo deste grupo alvo.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

As doenças oncológicas são a segunda causa de morte em Portugal, sendo que o cancro da mama assume-se como a neoplasia maligna mais frequente na mulher. Na última década, tem-se assistido, à semelhança do resto da Europa, a um aumento regular da incidência do cancro no nosso país, com uma taxa persistente de cerca de 3% ao ano (Plano Nacional para as Doenças Oncológicas - PNDO, 2017). O cancro de mama surge devido ao crescimento desordenado das células do tecido mamário, sendo uma doença recuada pela maioria das mulheres, "devido à associação com a mutilação física e alterações que ocorrem no estilo de vida da mulher" (Alves, Barbosa, Caetano et al (2011, p.733).

O Instituto Nacional de estatística - INE refere que, o Cancro da mama (CM) "em 2017, registaram-se no país (Total) 1798 mortes devido a Tumores malignos da mama. As mortes provocadas por estas causas representaram 1,6% da mortalidade no país e atingiram principalmente as mulheres (3,2% do total de óbitos de mulheres) do que os homens (0,1% do total de óbitos de homens). Em 2017, a idade média ao óbito nas mulheres por Tumores malignos da mama foi de 70,4 anos." (INE, 2017, p.33) Existem diversos tipos de CM conforme a natureza das células onde têm origem. O diagnóstico precoce e o tratamento atempado e adequado possibilitam a cura ou um melhor prognóstico. As hipóteses terapêuticas são variadas, sendo que, cada doente poder ser submetida a mais de uma, como sejam a cirurgia, (mastectomia ou tumorectomia), radioterapia e/ou quimioterapia (DGS, 2003).

Ainda segundo o PNDO (2017), o aumento do risco de incidência de cancro da mama, é explicado através de diversos fenómenos, nomeadamente o envelhecimento da população, as modificações de estilos/hábitos de vida e ainda, ao aumento da taxa de sucesso no tratamento do cancro e de outras doenças associadas, resultando no aumento do tempo de vida dos sobreviventes de cancro, acompanhado da probabilidade do aparecimento de novas neoplasias.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2016/2017), existem diversos fatores de risco para o aparecimento de cancro da mama, alguns dos quais, não conseguimos interferir e são eles: ser do sexo feminino, menarca precoce e menopausa tardia e outros, que podem influenciar a sua ocorrência, nomeadamente a nuliparidade, a primeira gravidez após os 35 anos de idade, a terapêutica hormonal de substituição e o sedentarismo. Refere (DGS,

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

2016/2017) ainda que, o autoexame da mama desde a menarca e a mamografia a partir dos 50 anos de idade constituem os métodos mais eficazes à deteção precoce deste tumor.

Santana, Souza e Viana (2018), salientam ainda que o tratamento mais usual nestes casos, é o cirúrgico, prevendo-se um impacto físico, emocional e psicossocial relevante nestas mulheres, sugerindo um acompanhamento especializado em consulta de enfermagem, capacitando a mulher/família de forma a “minimizar os riscos e as complicações decorrentes do processo cirúrgico” (p.69). Estes autores, referem ainda, que os cuidados diferenciados e os resultados em saúde, devem ser sustentados na melhor evidência científica disponível, guidelines, bem como em orientações nacionais e internacionais, de modo a traduzirem-se em intervenções significativas geradoras de mudanças positivas, objetivando assim, a transição do processo saúde/doença, o menos perturbadora possível.

Gonçalves, Cerejo e Martins (2017) relatam a experiência cirúrgica como estando dividida em três fases distintas: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório que, de acordo com a AESOP (2006), constituem o período perioperatório. O período pré-operatório inicia quando se decide “pela cirurgia e termina quando o doente é transferido para a mesa operatória” (Spry, 2009 citado por Ferrito, 2014, p. 45). Para os mesmos autores, a intervenção de enfermagem nesta fase, constitui um cuidado de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésico-cirúrgicos. Lourenço (2004), afirma que, a intervenção de enfermagem no período pré-operatório, “...visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objetiva sobre o excesso de stress do futuro operado” (p.26).

Segundo Melo, Teixeira, Novo et al (2013), os doentes cirúrgicos, consideram crucial a intervenção de enfermagem especializada no pré-operatório, sustentando-a como fator de melhoria contínua e qualidade dos cuidados. Ainda segundo este autor, os doentes referem como aspetos mais relevantes, o esclarecimento de dúvidas a nível dos procedimentos anestésicos e que envolvem o ato cirúrgico, deixando-os menos receosos.

Os cuidados de enfermagem centrados no utente têm como objetivo principal a prevenção da doença e a promoção de processos de readaptação, de modo a satisfazer as necessidades humanas individuais e a sua independência na realização das atividades diárias,

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

com o objetivo de obter o mais elevado nível de saúde e bem-estar para a pessoa, família e comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

A Ordem dos Enfermeiros (2010) enquanto identidade reguladora do exercício profissional, permuta a grande importância na prevenção das doenças crónicas e salienta a necessidade de intervenção na prevenção primária e secundária, a nível individual bem como ao nível social, na comunidade. A inevitabilidade de aprofundar conhecimentos e intervenções específicas no âmbito das doenças crónicas, como sendo o CM, conduz à procura de saberes específicos com o intuito de responder às diferentes necessidades de cuidados de suporte do utente.

Num estudo efetuado por Santos, Piccoli e Carvalho (2007), verifica-se que os doentes oncológicos entendem o procedimento cirúrgico de diferentes formas, sendo esse, reconhecido como um fenómeno gerador de stress, medo e ansiedade principalmente devido ao défice de conhecimento que, no geral, os doentes têm acerca das rotinas e normas hospitalares, procedimento anestésico-cirúrgico e do encaminhamento futuro da sua situação clínica.

A ansiedade e o medo do desconhecido, por sua vez, agravam e/ou influenciam a forma como o doente “absorve” e entende toda a informação transmitida pela profissional de saúde. Para tal, é pertinente o papel do enfermeiro em contexto de consulta pós decisão terapêutica/pré-operatória, no ensino, clarificação e disponibilidade para ouvir e esclarecer dúvidas, com o intuito de minimizar e/ou amenizar as possíveis alterações emocionais que possam surgir, sendo para tal fundamental a “entrevista minuciosa realizada anteriormente à cirurgia” (p.60).

Esta consulta, para além de constituir um agradável e importante desafio no sentido de minimizar o sofrimento, desamparo e a descontinuidade do acompanhamento à mulher com cancro da mama, tal como fundamentado anteriormente, pretende, orientar, capacitar para o autocuidado e potenciar a reabilitação.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

2. UNIDADE DA MAMA DO CHULC

O [REDACTED], atende doentes com patologia mamária desde 1990, com o apoio de uma equipa multidisciplinar e de um protocolo de atuação diagnóstica. No entanto, só em 2008 é formalizada a Unidade Funcional de Patologia Mamária e apenas em 2017, é criada a Unidade da Mama (UM), por deliberação do Conselho de Administração, procurando dar cumprimento às orientações da EUSOMA - European Society of Breast Cancer Specialists, para a organização e funcionamento de "centros de tratamento de cancro de mama".

Esta UM, é constituída por uma vasta equipa de profissionais, como sendo, 1 responsável clínico dedicado à UM, 3 cirurgiões mamários, 2 radiologistas, 2 patologistas, 2 oncologistas médicos, 2 radioterapeutas, 1 geneticista, 1 enfermeira da consulta externa, 1 enfermeira de bloco operatório e 1 secretária de unidade.

A consulta externa de Senologia (ver APÊNDICE I), recebe doentes referenciados dos Cuidados de Saúde Primários, de outras consultas do [REDACTED] e afiliados, outras referências de todos o país e através do Sistema ALERT, um sistema informático utilizado em todo o Centro Hospitalar, que apoia a atividade clínica dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados (médicos, enfermeiros, técnicos de saúde) nos diferentes serviços (Urgência, Internamento, Cirurgia, Consulta Externa) e a atividade de gestão (administração, diretores de serviço), de forma a alcançar uma visão integral e integrada de todos os processos, contribuindo para a excelência dos cuidados prestados.

A consulta de 1ª vez é iniciada pela enfermeira da consulta externa de Senologia, onde é feita uma colheita de dados pormenorizada, ensinios de autoexame das mamas e esclarecimento acerca do circuito da unidade com o recurso a documentação escrita. De seguida, a mulher é encaminhada à consulta médica, onde é orientada para o diagnóstico, através da observação clínica, consulta de exames anteriores e história clínica. Todos os registos de enfermagem e médicos, são realizados na base de dados do [REDACTED]. São pedidos novos exames, ou repetição dos anteriores, via informática, ficando com marcação de consulta subsequente para 1 semana depois, onde após a análise dos exames complementares pedidos e, estabelecido o diagnóstico, a mulher é informada da patologia maligna, com o apoio de enfermeira e psicóloga.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Após reunião de Avaliação Multidisciplinar em Patologia Mamária (AMPM), que se realiza às quintas-feiras de cada semana, é apresentada à mulher a proposta terapêutica. A reunião de grupo na AMPM, conta com a presença de todos os elementos da equipa multidisciplinar. Os casos discutidos são objeto de resumo no sistema informático SClínic. No dia anterior, todos os casos a serem discutidos são enviados para o mail institucional, para que cada elemento possa aferir, analisar e documentar-se individualmente acerca de cada caso a ser discutido em reunião de grupo.

Mediante decisão terapêutica cirúrgica, fica marcada uma consulta médica para comunicação da mesma, sendo posteriormente é agendada a consulta de anestesia, seguindo-se a consulta de enfermagem pré-operatória, sediada no pavilhão das consultas, realizada todas as semanas, às terças-feiras, pela enfermeira perioperatória.

No caso do tratamento cirúrgico, a mulher fica na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) e de uma forma geral os casos urgentes são operados no espaço de 15 dias a um mês. O agendamento dos doentes para cirurgia é feito na semana anterior ao dia programado.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

3. CIRURGIA ONCOLÓGICA DAMAMA

O diagnóstico e deteção do cancro da mama é realizado, maioritariamente, mediante exames de rastreio ou por autoexame da mama. Na sequência dessa suspeita, é necessário a realização de outros exames complementares de diagnóstico, de forma a que a tomada de decisão quanto ao tipo de tratamento a efetuar seja a mais adequada à situação em particular, tais como:

- Mamografia/ecografia mamária e axilar;
- Microbiópsia (exame histológico);
- Ressonância Magnética (se considerada importante).

Estes exames irão confirmar o diagnóstico e determinar o tamanho, localização, tipo de abordagem cirúrgica e, se existem gânglios axilares afetados.

Dependendo das características do tumor, estadios mais avançados ou no caso de gânglios afetados, é necessário realizar outros exames que permitirão o estadiamento da doença e que consistem em:

- Análises ao sangue;
- Ecografia abdominal;
- Rx Pulmonar;
- Cintigrafia Óssea.

Antes de qualquer cirurgia, existem exames pré-operatórios que normalmente são pedidos, e que devem estar disponíveis no processo clínico do doente:

- Análises ao sangue;
- Ecocardiograma;
- Rx Tórax.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

CIRURGIA CONSERVADORA DA MAMA

Desde a segunda metade do século XX, a cirurgia conservadora da mama tornou-se a terapêutica cirúrgica de eleição no que refere ao tratamento de estadios iniciais de doença. O seu principal objetivo, é permitir a excisão do tumor, com margens de segurança adequadas e, procurando, manter a forma natural e aparência da mama (Lopes e Faria, 2013).

A cirurgia conservadora da mama consiste na remoção de uma parte da glândula mamária, onde se encontra um tumor maligno, com uma margem de segurança à volta e de forma a que a mama mantenha uma forma e aspeto aceitável. Existem outras designações com o mesmo significado para cirurgia conservadora da mama, como sendo:

- a. Tumorectomia
- b. Tumorectomia Alargada
- c. Segmentectomia
- d. Quadrantectomia
- e. Excisão Local Alargada
- f. Mastectomia Parcial

Esta cirurgia, permite ainda, tratar um tumor maligno da mama e/ou remover uma lesão mamária que ainda não tem um diagnóstico definitivo, para que a peça possa ser analisada após a sua remoção. Habitualmente, esta é a primeira opção de tratamento para os tumores malignos da mama.

Na Cirurgia Conservadora da Mama, o local da incisão é adaptado ao local onde está o tumor. O cirurgião tem o cuidado de colocar a incisão num local onde fique escondida/disfarçada e, procura evitar cicatrizes na zona que é revelada pelo decote. Atualmente, muitos dos tumores tratados desta forma são muito pequenos e não se sentem com a mão. Desta forma, são utilizados métodos de marcação de tumores não palpáveis. Na unidade da mama, o método utilizado, passa pela marcação com um guia metálico (arpão ou anzol) durante uma ecografia e posterior confirmação da sua localização através de mamografia de controlo, horas antes da cirurgia, realizado no serviço de imagiologia (ver anexo IV – Tumorectomia guiada por arpão).

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Durante a cirurgia, após a remoção da peça cirúrgica com o arpão, a mesma é radiografada e se necessário realizar ecografia, de forma a determinar que as margens de segurança foram atingidas. Se alguma dessas margens estiver a rasar o tumor, o cirurgião é informado acerca de qual é essa margem e este imediatamente procede ao alargamento da margem assinalada.

A Cirurgia Conservadora da Mama simples (ou seja, sem esvaziamento axilar) é um procedimento com reduzido impacto na saúde geral da pessoa que a ela é submetida.

Perante a necessidade de Biópsia do Gânglio Sentinela - BGS, é pedido outro exame, a Linfocintigrafia², no entanto, uma vez que este exame não se realiza no [REDACTED], a UM, atualmente realiza a técnica cirúrgica com o apoio do SENTIMAG³ - MAGNETIC SENTINEL LYMPH NODE LOCALISATION, permitindo encurtar o tempo de espera pela realização do exame linfocintigrafia, possibilitando o tratamento em tempo útil do CM. Associado a esta técnica é utilizado o azul patente, injetado na aréola e que vai corar o gânglio sentinela, tornando mais fácil de excisar. Esta técnica de biópsia do gânglio sentinela, permite, no mesmo tempo cirúrgico, perceber se é necessário realizar esvaziamento axilar ou não.

No caso de ser associada a Esvaziamento Axilar poderá ter um impacto significativo na vida da pessoa, com alguma dificuldade nos movimentos do braço, assim como podem surgir formigueiros do lado de dentro do braço, junto da axila. Estes problemas, habitualmente, presentes, são ultrapassados com os devidos cuidados e fisioterapia ao longo da vida.

² fornece imagens do sistema linfático (rede de pequenos canais semelhantes aos vasos sanguíneos, por onde circula a linfa e linfócitos por todo o corpo. Os gânglios linfáticos, que atuam como um filtro para corpos estranhos, estão localizados ao longo desta rede), após a injeção intravenosa de um radiofármaco (tecnécio-99) de forma a identificar o gânglio sentinela e assim criar um plano terapêutico. Fonte: <http://www.oncofisio.com.br/o-que-e-lymfocintigrafia>

³ Consiste na injeção de uma suspensão castanha escura de partículas de óxido de ferro superparamagnético, o Sienna+ cobertas com carboxidextrano. Este marcador magnético é seguro, facilmente conservado e possui uma vida útil longa. É compatível com o OSNA® (One-Step Nucleic Acid Amplification) e outras técnicas histológicas habituais. Graças à sua coloração escura, o Sienna+ é detetável tanto magnética como visualmente. A sua administração pode realizar-se depois da anestesia, sendo assim mais cómodo para a doente. É utilizada uma sonda magnética no intraoperatório para a deteção do gânglio sentinela.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Nesta perspetiva, é fundamental durante a consulta de enfermagem pré-operatória, alertar a mulher para os cuidados e principais complicações/constrangimentos durante a colocação de arpão e no pós-operatório, relativamente à BGS e ao Esvaziamento axilar, sendo apresentado documentos explicativos que devem ser entregues à mulher e família.

MASTECTOMIA

Quando a cirurgia conservadora da mama não é possível, opta-se por se retirar a mama toda, designando-se de Mastectomia Simples (sem esvaziamento axilar), onde se retira a aréola, mamilo, pele, glândula mamária e a fáscia do musculo grande peitoral, ou Mastectomia Radical Modificada (com esvaziamento axilar), onde se remove toda a mama e os gânglios linfáticos axilares, preservando um ou ambos os músculos peitorais.

CIRURGIA ONCOPLÁSTICA

A Cirurgia Oncoplástica permite, num só momento cirúrgico, remover o tumor da mama, mas reconstruí-la através de técnicas de cirurgia oncoplástica mamária. Nos casos, em que é necessário retirar mais de 20% do volume da mama com tumor, propõe-se à doente operar também a outra mama, de modo a que fiquem simétricas. Em princípio, as técnicas de Cirurgia Oncoplástica permitem maiores margens de segurança e melhores resultados estéticos. Também faz parte deste conceito de Cirurgia Oncoplástica a reconstrução mamária imediata (reconstrução mamária que se faz na mesma operação em que se tira a mama toda).

RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

A reconstrução mamária pode ser realizada em momentos diferentes:

Reconstrução imediata – no mesmo tempo operatório em que se remove a mama ou parte dela;

Reconstrução diferida – realizada meses ou anos, após a cirurgia mamária.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Em qualquer um dos casos, a reconstrução deve ser realizada de modo a ir ao encontro das expectativas da pessoa, quer do ponto de vista psicológico ou estético, respeitando a simetria (volume e forma), projeção, ptose e respeitando o nível do sulco mamário.

O tipo de reconstrução mais indicado para cada mulher, deve ser avaliado numa tomada de decisão consciente, atendendo à idade, ao tipo de cirurgia já realizada, às comorbilidades e ao risco/benefício para aquela pessoa.

Dependendo da situação e da melhor indicação cirúrgica para aquela pessoa, a reconstrução mamária poderá ser de vários tipos:

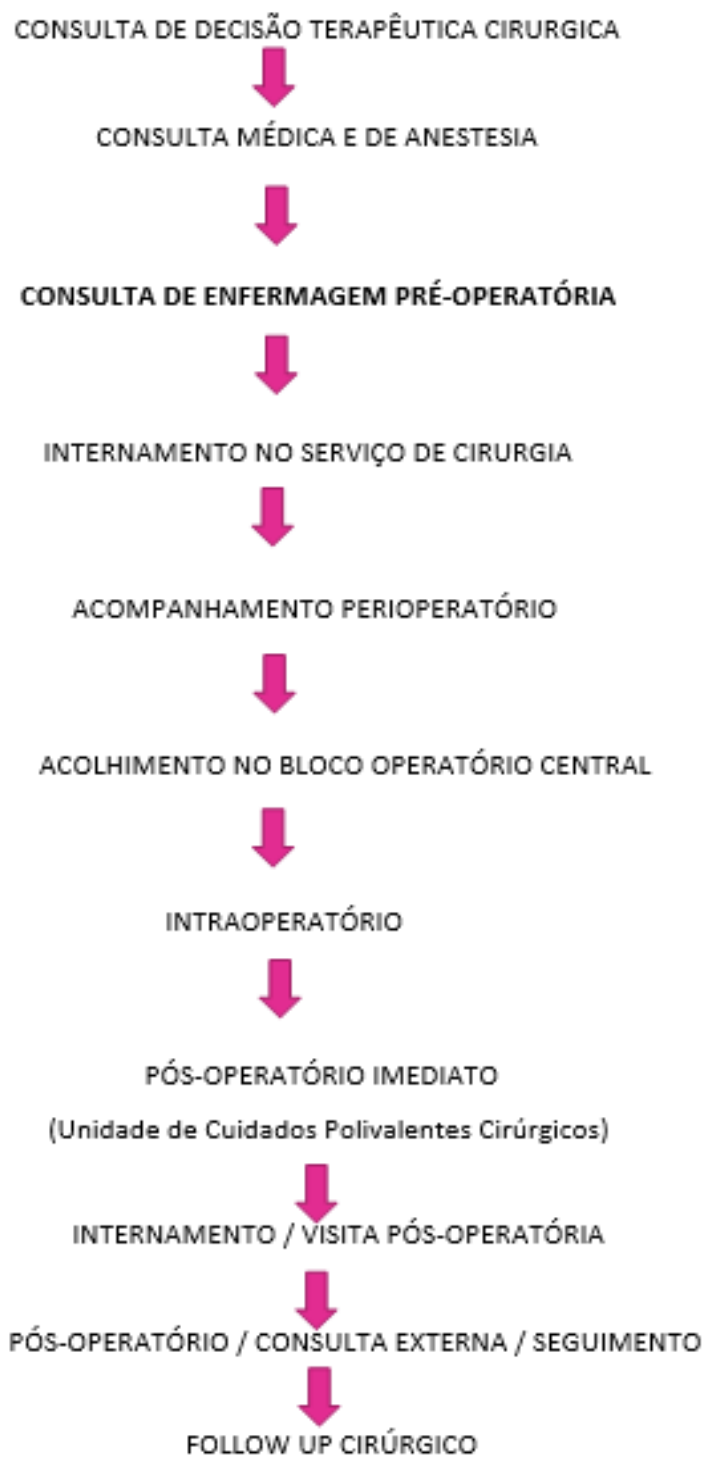
- **COLOCAÇÃO DE PRÓTESES/EXPANSORES** – por vezes, a pele não aguenta, por si só, a prótese e é necessário colocar em primeiro lugar um implante designado por expansor, que é preenchido durante as semanas seguintes à cirurgia com soro fisiológico, facilitando a distensão da pele e do músculo, preparando-os para a receção da prótese definitiva. Nestes casos, é sempre necessária uma segunda cirurgia.
- **RETALHO DO MÚSCULO GRANDE DORSAL** – nesta cirurgia, são deslocados músculo e pele da região dorsal para a região mamária, acarretando alguma dificuldade na mobilização do ombro nas semanas seguintes à cirurgia. A cicatriz surge na região dorsal e procura-se que fica localizada na zona do soutien. Normalmente implica a colocação de um implante para se obter o volume desejado, simetrizando com a mama contralateral.
- **RETALHO TRAM (TRANSVERSE RECTUS ABDOMINUS MUSCLE)** – nesta técnica cirúrgica, são utilizados músculo, gordura e pele do abdómen que se transferem para a região da mastectomia, dando lugar à nova mama, sem necessidade de prótese, na maioria das situações. Implica a realização de uma cicatriz abdominal, à volta do umbigo, semelhante a uma abdominoplastia estética, permitindo ainda a regularização e remoção de tecido em excesso da região abdominal.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

- **RETALHO DIEP (DEEP INFERIOR EPIGASTRIC PERFORATOR)** – nesta reconstrução, é utilizado um retalho livre, sem sacrificar qualquer músculo abdominal, permitindo uma melhor modelação da mama. É indicado em mulheres com quantidade adequada de tecido abdominal inferior. Consiste numa técnica mais demorada e exigente do ponto de vista cirúrgico, no entanto com maiores benefícios no pós-operatório e nos resultados em termos de escultura e ganho volumétrico da mama reconstruída.
- **RECONSTRUÇÃO DO MAMILO** – A reconstrução só fica concluída com a reconstrução da aréola e mamilo, através da tatuagem do CAM (complexo aréola-mamilar) ou com tecidos do próprio corpo. Ainda que possa ser realizada no mesmo tempo operatório, é normal esperar-se que a nova mama adquira a forma e posição definitiva para se proceder à reconstrução do CAM. No entanto, devido à ausência das terminações nervosas, a sensibilidade do mamilo não será a mesma.

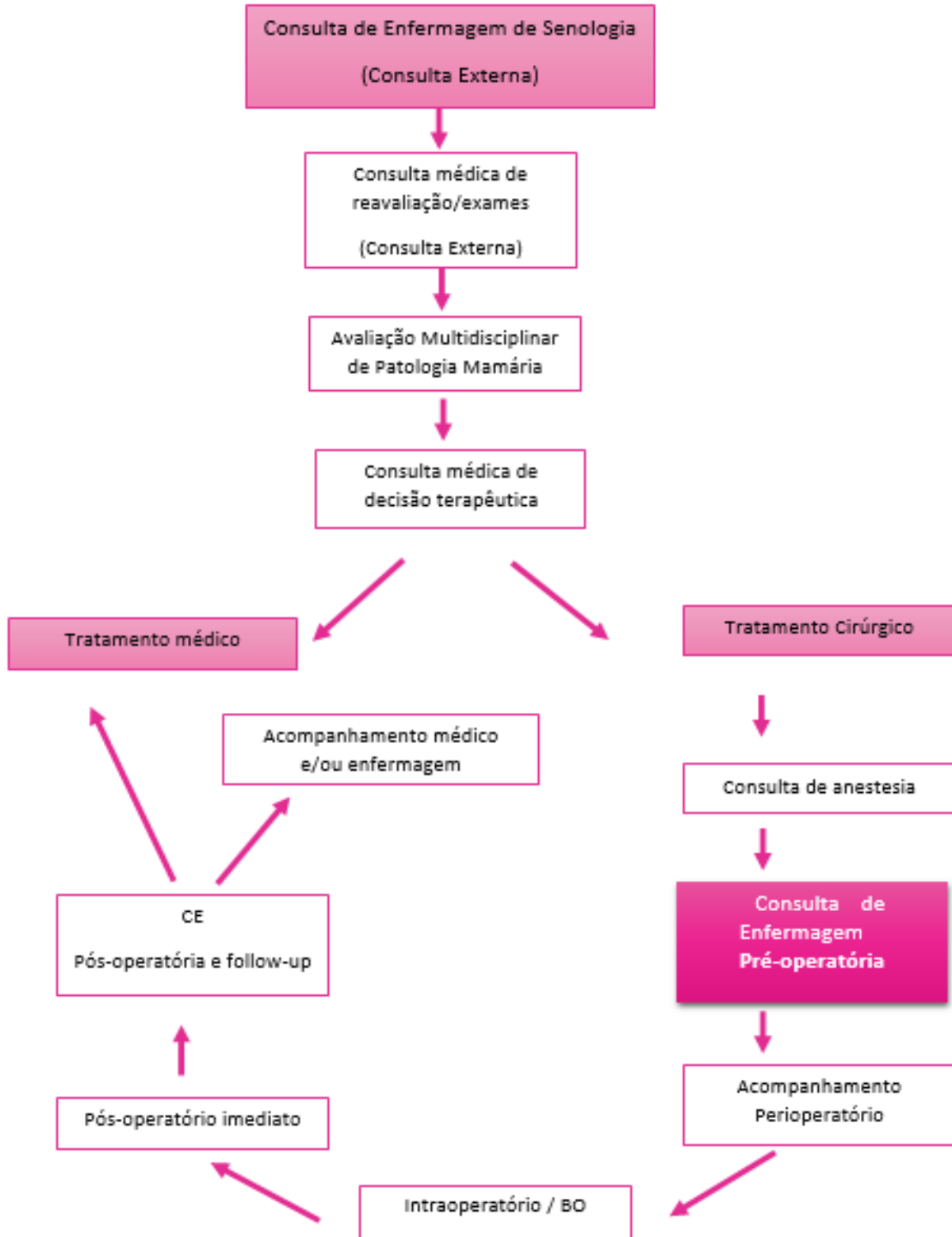
CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

4. FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO NA CE PRÉ-OPERATÓRIA



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

5. FLUXOGRAMA DO CIRCUITO DO DOENTE COM CM NO



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

6. CUIDADOS DE SUPORTE EM CIRURGIA ONCOLÓGICA MAMÁRIA

As mulheres com cancro de mama e suas famílias, têm o direito ao acesso a cuidados especializados e a uma equipa multidisciplinar e, assim, melhorar a qualidade e os resultados obtidos com o tratamento cirúrgico e ainda, melhorar a sua qualidade de vida em geral. Os cuidados de suporte dirigidos e individualizados a disponibilizar, devem respeitar a complexidade e singularidade de cada situação e de cada mulher, sempre acompanhados de informação escrita que complemente a informação transmitida oralmente, (Pereira, Soares, Russo et al (2016); Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009). De acordo com a revisão da literatura efetuada, surgem dois cuidados de suporte principais, que englobam necessidades psicossociais e necessidades educativas. Dos cuidados de suporte que pretendem dar resposta às necessidades psicossociais, destacam-se:

NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
TIPO DE APOIO	AUTORES
Esclarecimento de dúvidas, preocupações, ansiedades e medos	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013)
Acolhimento da pessoa/familiar de referência a acompanhar	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Sena, Nascimento e Maia (2013); Greensdale, Elliot e Anstey (2010); Greensdale, Elliot e Anstey (2010)
Implementação de estratégias de suporte	Abbasi e Akbari (2015)
Assistência para nivelar expectativas, perspetivando o pós-operatório	Pereira, Soares, Russo et al (2016)
Suporte e espaço para manifestar receios e dúvidas	Pereira, Soares, Russo et al (2016); Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009)
Apoio emocional/psicológico/espiritual/físico	Vieira, Oliveira, Carvalho e Nóbrega (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013)
Monitorização da satisfação da pessoa/família	Ireland e Kent (2013)

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Relativamente às intervenções de enfermagem identificadas e que procuram dar resposta às necessidades educativas, surgem:

NECESSIDADES EDUCATIVAS	
TIPO DE APOIO	AUTORES
Educação para a saúde para o procedimento cirúrgico (consentimento informado).	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013), Sena, Nascimento e Maia (2013); Sayin e Aksoy (2012)
Educação para a saúde no pré-operatório perspetivando o pós-operatório: Preparação da pele e tricotomia, Higiene oral e corporal, Jejum, Pré-medicação, exames complementares, vestuário no bloco, drenos, cateteres, equipamentos, medicação/transfusões, cuidados a ter em casa pós-operatório.	Trescher, Amante, Rosa et al (2019); Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013); Sayin e Aksoy (2012); Greensdale, Elliot e Anstey (2010); Kruzyc (2009)
Promoção de informação objetiva, específica, suficiente, adaptada e adequada.	Pereira, Soares, Russo et al (2016); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Ireland e Kent (2013); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013)
Entrega de informação escrita.	Pereira, Soares, Russo et al (2016); Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009)
Entrega de informação acerca dos direitos dos doentes oncológicos.	Pereira, Soares, Russo et al (2016)
Clarificação da informação disponibilizada	Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016)
Informação acerca do ambiente cirúrgico (PowerPoint), tempo previsto de cirurgia, recobro e quando volta à enfermaria.	Malley e Young (2017); Pereira, Soares, Russo et al (2016); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013), Sayin e Aksoy (2012); Kruzyc (2009)
Explicação acerca do procedimento anestésico.	Malley e Young (2017); Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sena, Nascimento e Maia (2013); Sayin e Aksoy (2012)
Esclarecimento acerca de normas e rotinas.	Barbosa, Terra e Carvalho (2014); Sena, Nascimento e Maia (2013)
Orientação para dieta e medicação pós-operatória.	Nascimento, Fonseca, Andrade et al (2014); Sayin e Aksoy (2012)
Informação/consulta no Timing certo.	Malley e Young (2017); Dawe, Bennet, Kearney et al (2014); Greensdale, Elliot e Anstey (2010); Kruzyc (2009)
Explicação acerca do posicionamento cirúrgico.	Ascari, Neiss, Sartori et al (2013); Sayin e Aksoy (2012)

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



Os resultados esperados na mulher com cancro da mama e família/pessoa significativa, através da intervenção de enfermagem especializada ao nível da capacitação na consulta pré-operatória de enfermagem, são (Otto, 2006) que: afirme que a ansiedade face à cirurgia, prognóstico e medo do desconhecido diminui; que demonstre verbalmente, a compreensão acerca dos ensinamentos, procedimentos e rotinas pré-operatórias e, que demonstre capacidade para o autocuidado no sentido da reintegração, reabilitação e reorganização.

Nesta perspetiva foi efetuada uma checklist de intervenções pré-operatórias (ver Apêndice II), apresentadas de seguida, que deverão ser realizadas na consulta de enfermagem pré-operatória, após a mulher ser considerada APTA para cirurgia, checklist essa, resultado do Procedimento Multisectorial - Percurso do Doente Cirúrgico - TRC.177 (ver Anexo I), da observação da prática clínica e, da revisão da literatura efetuada.

7. OPERACIONALIZAÇÃO DA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

O apoio psicossocial e educativo a fornecer a estas mulheres, procura capacitar para o autocuidado e preparar para a cirurgia oncológica eletiva. Para além, da elevada importância na redução da ansiedade, como já tem sido referido anteriormente. Nesta consulta, pretende-se ainda, elucidar a mulher/família para questões referentes à sua situação de saúde, acolhimento, ensinamentos pré-operatórios e pós-operatórios e prevenção de complicações, avaliando a eficácia da mesma, bem como da satisfação de cuidados, através da aplicação de um questionário anónimo de Autoavaliação – Educação para a Saúde (ver Apêndice X) no pós-operatório (entregue para preenchimento, preferencialmente no dia da alta do serviço de internamento).

Para Pritchard (2011), é de extrema importância esclarecer a mulher de uma forma simplista acerca de temas mais complexos, informando, sem incitar maior stress e ansiedade antes da cirurgia. Para tal, é fundamental conhecer a mulher/família, através da presença nas reuniões multidisciplinares da Unidade da Mama e da consulta do processo clínico no sistema informático SClinic, retirando informações que podem e devem orientar a consulta pré-operatória, ajustando-se o apoio e promoção de autocuidado de acordo com as necessidades individuais de cada mulher.

Nesta consulta é importante questionar se a mulher já assinou o consentimento informado e se foi claramente informada acerca da sua doença, do tratamento cirúrgico proposto e das principais complicações. No decorrer da consulta é fundamental dar espaço para questões, dúvidas e exposição de sentimentos e medos, respeitando as características sociodemográficas, habilitações literárias e de literacia em saúde.

O preenchimento do Termómetro de Distress Oncológico, deve ser realizado pela mulher, podendo o enfermeiro ler e registar as respostas individuais, caso alguma dessas mulheres tenham mais dificuldade. De acordo com o observado neste termómetro, pode ser necessário encaminhar para ajuda psicológica.

Nos documentos de recomendações para o pré-operatório e para o pós-operatório, deve sublinhar-se o mais importante face à situação da pessoa e riscar o que não se aplica.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Estrutura da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória:

1. Apresentar-se e explicar o motivo/finalidade da consulta;
2. Pedir o autopreenchimento do Termómetro de Distress cirúrgico;
3. Avaliar a perceção emocional e cognitiva da mulher/família acerca da cirurgia, o que sabe e que dúvidas pretende ver esclarecidas;
4. Dar espaço para a mulher/família expressar principais dificuldades e emoções;
5. Aplicar checklist de intervenções pré-operatórias (Apêndice II);
6. Entregar informação escrita complementar: Recomendações no Pré-Operatório (ver Apêndice III) e no pós-operatório (ver Apêndice IV), Folheto informativo "Tratamento Cirúrgico do Carcinoma da Mama" (ver Anexo III) e Guia do Utente (ver Anexo IV) com os contactos do serviço;
7. Educar para a Saúde, através da visualização de documentos em formato digital (PowerPoint ilustrativo do percurso cirúrgico da mulher com cancro da mama), preparados para os seguintes ensinamentos específicos: Percurso do doente Cirúrgico (ver Apêndice V), Biópsia do Gânglio Sentinela (ver Apêndice VI), Colocação de Arpão (ver Apêndice VII), Esvaziamento Axilar (ver Apêndice VIII) e Oncocirurgia da mama (ver Apêndice IX).
8. Realizar registos de enfermagem identificando necessidades e déficits de autocuidado e possíveis constrangimentos psicossociais e/ou outros;
9. Demonstrar disponibilidade para contactos futuros
10. Encaminhar para outros profissionais (Psicóloga, assistente social, Associação ██████████ ██████████, entre outros)

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

População e Recursos da CE Pré-operatória

POPULAÇÃO ALVO:

A consulta de enfermagem pretende atingir todas as mulheres propostas para cirurgia oncológica eletiva e consideradas aptas na consulta de anestesia.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermeiros perioperatórios com formação especializada;
- Enfermeiros a exercerem funções na Consulta Externa do [REDACTED];
- Assistente Operacional do serviço de Consultas Externas do [REDACTED];
- Assistente Técnicas do Serviço de Cirurgia Geral do [REDACTED];
- Equipa cirúrgica e Médica da Unidade da Mama;
- Psicóloga
- Assistente Social

FÍSICOS:

- Gabinetes da consulta externa;

MATERIAIS:

- Lista de Inscritos para Cirurgia
- Planeamento mensal de doentes já discutidos em RM, aptos pela anestesia
- Processo clínico informático (SClinic)
- Registos de enfermagem;
- Computador com acesso à internet e telefone fixo para agendamento das consultas;
- Grelha de agendamento de consulta de enfermagem pré-operatória (ver Apêndice XI)
- Documentos de registo da consulta de enfermagem pré-operatório (papel) e/ou registo no SClinic (informático);
- Guia de consulta de enfermagem pré-operatória;
- Documentos escritos de apoio educativo
- Documentos digitais de apoio educativo

TEMPORAIS:

- O tempo da consulta de enfermagem não deve ultrapassar os 45/50 min.
- Sempre que possível, deve ser realizada após a consulta de anestesia.
- Realizada 1x por semana de acordo com os seguintes horários:

2ªf – 8h-14h30 - Gab.18 / 3ªf – 8h-14h30 - Gab.18 / 4ªf – 8h- 16h Gab.21
5ªf – 13h30-20h Gab.19 / 6ªf – 12h-20h Gab.17

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Checklist de Informação Pré-Operatória

(Cumpra as orientações da OMS (2009) para a cirurgia Segura, as Normas da DGS (2009) acerca da segurança cirúrgica e Practice Guidelines for Preoperative da ASA (2017) e do Procedimento Multissetorial – Percurso do Doente Cirúrgico, TRC.177 do [REDACTED])

a) SEGURANÇA DO DOENTE:

1. Confirmar dados da mulher (nome, contacto, data de nascimento);
2. Confirmar cirurgia proposta;
3. Confirmar lateralidade;
4. Confirmar consentimento informado;
5. Complementar colheita de dados inicial;
6. Despistar alergias medicamentosas e/ou outro tipo de alergias;
7. Esclarecer acerca da necessidade de jejum pré-operatório de pelo menos 6h;

b) PREVENÇÃO DE RISCOS E COMPLICAÇÕES

8. Certificar que não leva para cirurgia próteses, adornos, piercings, verniz nas unhas;
9. Certificar que não aplica cremes, desodorizantes ou perfumes na pele;
10. Informar acerca da higiene corporal/banho pré-operatório/ tricotomia (se aplicável);
11. Verificar a realização de exames pré-operatórios e se existem alterações, alertando a equipa;

c) PREPARAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIA

12. Avaliar Distress Oncológico, através do Termómetro e Escala de Distress Oncológicos (ver Anexo II);
13. Validar a presença/localização de possíveis drenos, cicatrizes e pensos;
14. Identificar recursos adicionais necessários (soutien, meias anti-trombóticas, cinta abdominal);
15. Verificar o dia da cirurgia, hora, tempo de internamento e data de provável alta;
16. Avaliar e registar parâmetros vitais (Peso, Altura);
17. Realizar registo fotográfico (sempre que necessário);
18. Promover a socialização ao acolhimento e bloco operatório através da visualização documentos em formato digital, ilustrativos do percurso do doente cirúrgico;

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

19. Perspetivar o pós-operatório de acordo com aquilo que é expectável;
20. Entregar contacto do serviço, informação escrita complementar e/ou solicitada pelo utente e o Guia do Utente;

d) CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

- e) Efetuar registos de enfermagem, onde se identificam necessidades ou déficits de autocuidado e possíveis constrangimentos psicossociais, promovendo estratégias interventivas e de apoio precoce na área de necessidade identificada.

Segurança do doente cirúrgico

Na checklist elaborada e apresentada anteriormente, o primeiro grupo de intervenções englobam a identificação da própria, da pessoa significativa, a realização da colheita de dados, confirmação do consentimento informado, lateralidade, o tipo de cirurgia a que vai ser submetida e exames a realizar, alergias que possui, medicação que pode tomar, evitar e trazer para o hospital, peso e altura e possível registo fotográfico. Este grupo de intervenções pretende minimizar riscos para o doente e permitir que este chegue ao dia da cirurgia com todos os aspetos de segurança atendidos. De acordo com as Orientações da Organização Mundial de Saúde para a Cirurgia Segura, (OMS, 2009) e da Direção Geral de Saúde (2009). O primeiro objetivo é: "A equipa vai operar o doente correto no local correto" (p.16), depreendendo um Protocolo Universal que contribui para a prática da confirmação do doente, local e procedimento corretos.

Nestas recomendações da OMS para a segurança do doente cirúrgico, encontram-se ainda resumidos os cinco passos para a correta identificação do paciente cirúrgico:

Passo 1: Verificar se o formulário de consentimento ou o formulário de solicitação de procedimento é o correto.

Passo 2: Marcar o local para a cirurgia ou outros procedimentos invasivos.

Passo 3: Confirmar a identificação com o doente.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Passo 4: Fazer um "time out" na sala de operações, na sala de procedimentos / exames ou na área de exame.

Passo 5: Garantir exames complementares de diagnóstico adequados e disponíveis.

A segurança do doente, passa indubitavelmente pela prevenção de complicações, pelo apoio educativo e emocional fornecido e pela continuidade dos cuidados. Desta forma foram tidas em linha de conta, a recomendações das Sociedades Americana e Europeia de Anestesiologia e a evidência científica já apresentada para a construção desta checklist de informações/intervenções a fornecer à mulher com cancro da mama em contexto de consulta pré-operatória.

Recomendações para jejum pré-operatório	
TIPO DE ALIMENTO	TEMPO MÍNIMO DE JEJUM
Líquidos claros sem resíduos	2h
Leite	6h
Dieta ligeira (pequeno almoço)	6h
Refeição completa (Carnes e fritos)	8h

Fonte: American Society of Anesthesiologists (ASA) e European Society of Anesthesiology (ESA)

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, P., Barbosa, I., Caetano, J., Fernandes, A., (2011). Cuidados de Enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: Revisão Narrativa da Literatura. *VER Bras Enfermagem*, Brasília 2011, 64(4), 732-737.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas - AESOP. (2006). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Loures: Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.

Arantes, S. L. e Mamede (2003). *A Participação Das Mulheres Com Câncer De Mama Na Escolha Do Tratamento: Um Direito a Ser Conquistado*. 11(1), 49–58.

Comissão da Qualidade e Segurança para o triénio 2017/2019. – Documento para a Melhoria Clínica e Organizacional do CHULC.

Direção Geral da Saúde (2016-2017). *Relatório de monitorização e avaliação dos rastreios oncológicos – Portugal*. 47p. Disponível em: [file:///C:/Users/Asus/Downloads/Relat%C3%B3rio Monitoriza%C3%A7%C3%A3o e Avalia%C3%A7%C3%A3o Rastreios VF.pdf](file:///C:/Users/Asus/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Rastreios%20VF.pdf)

Direção Geral de Saúde (2010). *Orientações da Organização Mundial de Saúde – Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>

Faria J., Viana Lopes P. (2013). Cirurgia oncoplástica da mama – passado, presente e futuro. *Revista Portuguesa de Cirurgia*. Órgão Oficial da Sociedade Portuguesa II Série. N.º27. ISSN 1646-6918. 12p.

Ferrito, C., (2014). *Conceitos básicos de enfermagem perioperatória*. Enfermagem em Bloco Operatório. LIDEL-Edições técnicas, Lda. Lisboa 2014. ISBN: 978-972-757-959-4.

Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. d. N. R., & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência* (14)17-26. doi:10.12707/RIV17023.

Lei n.º 20/2014 (2014). Disposições Gerais. Serviços integrados no serviço nacional de saúde – Definições. I Série. Portaria 20/2014 de 29 de janeiro de 2014. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/20/2014/01/29/p/dre/pt/html>

Lourenço, M. (2004). Cuidar no bloco operatório. *Nursing*. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº187. p. 25-28.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

- Melo, J., Teixeira, A., Novo, AMC., Figueiredo, MRP, Branco, NA.et al (2013). Visita de enfermagem pré-operatória - A opinião dos doentes. *Millenium*. nº44.171-182.
- Oliveira, SKP., Queiroz, AP., Matos, DPM., Moura, AF, Lima, FET. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012 jan-fev; 65(1): 155-61.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento concetual, enunciados descritivos., Conselho de enfermagem, escrito em dezembro 2001. 24p.
- Ordem dos Enfermeiros. 2010. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista.10p.
- Otto, S. E. (2006). *Enfermagem em oncologia - 3ª ed. - Loures: Lusociência. – XXII. 3ª Edição* ISBN – 9789728383121.
- Pedro, S & Travado, L, (2017) – 100 Perguntas Chave no Cancro da Mama - Sociedade Portuguesa de Oncologia. Permanyer Portugal. 87p.
- Plano Nacional para as Doenças Oncológicas (2017) in DGS. Retrieve from: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-as-doencas-oncologicas/>.
- Pritchard, MJ (2011) – Using target information to meet the needs of surgical patients. *Art and Science – Nursing Standart*.Vol.25, nº 51. p.35-39.
- Santana, C. C. C. de, Souza, J. R. S & Viana, D. D. A. (2018). Análise Das Ações De Enfermagem Nas Fases Cirúrgicas Da Mastectomia. *Revista Brasileira de Inovação Tecnológica Em Saúde - ISSN:2236-1103*.
- Santos, R., Piccoli, M., & Carvalho, A. (2007). Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. *Cogitare Enfermagem*. ISSN – 1414-8536. 12(1), 52–61.
- Tomey, A. & Alligood, M. (2004) – *Teóricas de Enfermagem – Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência. 5ª Edição. ISBN: 9728383746.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICES

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE I – Organização da Consulta Externa de Senologia

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA EXTERNA DE SENOLOGIA:

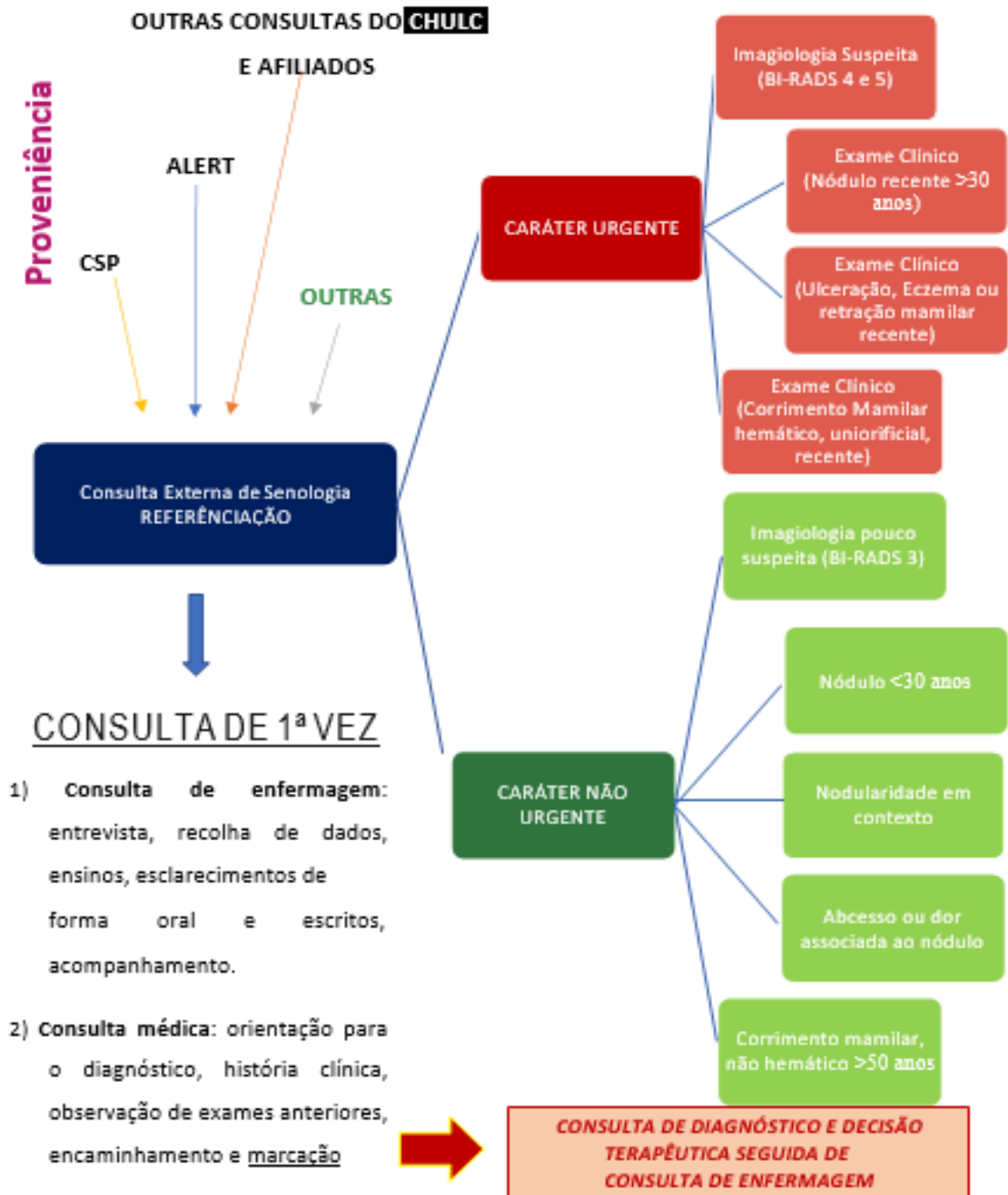


Imagem 1 – ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA EXTERNA DE SENOLOGIA, Fonte: Unidade da Mama - UPM, (2017). Adaptado pela autora.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE II – Checklist de Intervenções na CE Pré-Operatória

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

CHECKLIST DE INTERVENÇÕES NA CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA			
CONFIRMAR:		SIM	NÃO
SITUAÇÃO DE SAÚDE	Nome, data de nascimento e contactos de pessoa de referência		
	Colheita de dados		
	Consentimento Informado		
	Lateralidade		
	Qual a cirurgia/exames a efetuar		
	Alergias		
	Medicação que pode tomar/trazer para hospital ou deve parar		
	Peso e altura		
	Registo fotográfico pré-operatório		
PROMOVER:			
ACOLHIMENTO	Socialização ao hospital e bloco operatório (PowerPoint ilustrativo)		
	Entrega de documentação complementar escrita (de acordo com a necessidade de autocuidado)		
	Entrega do contacto do serviço		
ESCLARECER:			
ENSINOS	Jejum antes da cirurgia (6h)		
	Não deve trazer adornos, fios, brincos e piercings		
	Deve retirar lentes de contacto, próteses dentárias e outras		
	Evitar verniz ou outro esmalte nas unhas		
	Não aplicar cremes, desodorizantes ou perfumes na pele		
	Higiene corporal/banho pré-operatório		
	Vestuário a levar para o internamento (soutien, cinta) e bens pessoais		
	Tipo de cirurgia, local da sutura, penso e possíveis drenos		
	Tempo de cirurgia e de recobro		
	Estimativa do dia da alta		
	Percurso no acolhimento, bloco e recobro		

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE III – Recomendações no Pré-Operatório

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Consulta de Enfermagem Pré-Operatória



Recomendações no Pré-Operatório

1. Cumprir as 6h de jejum antes da cirurgia (NÃO COMER, NEM BEBER);
2. Não levar para a cirurgia próteses, adornos, piercings, verniz nas unhas;
3. Não aplicar cremes, desodorizantes ou perfumes na pele;
4. Realizar higiene corporal/banho pré-operatório/ tricotomia na véspera e no dia da cirurgia (se aplicável);
5. Levar todos os exames e relatórios numa pasta;
6. Tomar apenas a medicação recomendada pela(o) anestesista;
7. Levar a medicação que faz habitualmente para o internamento;
8. Deve trazer os seus produtos de higiene pessoal, pijama/camisa com botões à frente, chinelos e roupão, roupa do dia da alta com abertura à frente, fácil de vestir;
9. Trazer pelo menos um soutien sem aros de apertar à frente / cinta abdominal (se aplicável);
10. Deve vir e sair acompanhado por um adulto;
11. Caso tenha febre ou sintomas de gripe alguns dias antes da cirurgia e/ou por outro motivo não possa comparecer, avise quanto antes! Obrigada.

Data da cirurgia: _____ Data prevista para Alta: _____

Com os melhores cumprimentos, Unidade da Mama (2020).

Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

Consulta Externa – telefones: [REDACTED]

www.vivamulherviva.org/ [REDACTED]

[REDACTED]

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE IV – Recomendações no Pós-Operatório

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Consulta de Enfermagem Pré-Operatória



Recomendações no Pós-Operatório

21. Quando acordar da anestesia (no recobro) terá um penso no local da cirurgia e um ou mais drenos (caso seja necessário para recolher os líquidos que se acumulam no local operado)
22. Após cerca de 1h no recobro para vigilância no pós-operatório imediato, regressará ao quarto, no serviço de internamento, onde poderá ter visitas;
23. Após autorização/indicação é que poderá levantar-se e alimentar-se;
24. Antes da alta, questione o seu médico e enfermeiro acerca das questões que mais o preocupam (medicação habitual, medicação para as dores, baixa médica...);
25. No dia da alta deve levar consigo nota de alta, data da próxima consulta/penso;
26. Quando regressar a casa deve repousar, evitar esforços ou movimentos bruscos;
27. Usar o soutien/cinta com as recomendações dadas previamente;
28. Deve contactar a Unidade/dirigir-se ao médico em caso de febre, ferida tensa e quente ao toque, vermelhidão no local da operação, exsudado (perda de líquido pela ferida) e sensação de mal-estar.

Com os melhores cumprimentos, Unidade da Mama (2020).

Consulta de Enfermagem Pré-Operatória

Consulta Externa – telefones: [REDACTED]

www.vivamulherviva.org [REDACTED]

[REDACTED]

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE V – Percurso do Doente Cirúrgico

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Documento digital de Apoio Educativo – Percurso do Doente Cirúrgico



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE VI – Biópsia do Gânglio Sentinela

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Documento digital de Apoio Educativo – Biópsia do Gânglio Sentinela

1

2

3

4

5

6

7

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE VII – Colocação de Arpão

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Documento digital de Apoio Educativo – Colocação de Arpão



CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE VIII – Esvaziamento Axilar

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Documento digital de Apoio Educativo – Esvaziamento Axilar

1

2

3

4

5

6

7

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE IX – Oncocirurgia Mamária

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Documento digital de Apoio Educativo – Oncocirurgia mamária




CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE X – Questionário de Autoavaliação – Educação para a Saúde

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

IDADE - _____ anos PRIMEIRA CIRURGIA ONCOLÓGICA: SIM _____ NÃO _____ PRIMEIRA VEZ QUE É OPERADA: SIM _____ NÃO _____					
No sentido de melhorar os cuidados de apoio e ensino no período perioperatório , solicitamos que nos ajude a identificar as áreas que necessitam de melhor atenção da nossa parte, colocando uma cruz nas seguintes afirmações:					
TEMAS ABORDADOS		AUTOAVALIAÇÃO			
		<u>Sei/sinto-me capaz/Sim</u>	Precisava de mais ensinos	Não sei/não consigo/Não	Não aplicável
Situação de Saúde	Conheço o motivo da cirurgia				
	Conheço o motivo dos exames				
	Foi-me explicada a cirurgia que vou realizar				
	Foram-me explicados os exames				
	Conheço as possíveis complicações				
	Conheço os principais sinais de alerta				
	Foi-me explicado o percurso até ao dia da cirurgia				
	Foi-me entregue documentação escrita				
Acolhimento	Sei o nome da(o) enfermeira(o) que me acolheu na Unidade da Mama (UM)				
	Recebi o número da UM para poder esclarecer as minhas dúvidas				
	Foi-me fornecida informação escrita				
Ensinos Pré-Operatórios	Fui alertado para o jejum antes da cirurgia				
	Fui alertado para o jejum antes dos exames				
	Fui informado acerca da medicação que posso tomar e trazer para o hospital				
	Sei que não devo trazer adornos, fios, brincos, piercings				
	Evitar verniz nas unhas, aplicar cremes, perfumes ou desodorizantes na pele				
	Fui informado acerca daquilo que posso/devo levar para o internamento				
	Sei qual o vestuário que devo levar para o internamento (Soutien, outros)				
	Foi-me realizado ensino acerca dos cuidados após esvaziamento axilar				
	Sei o tamanho do penso				
	Conheço a localização dos drenos				
	Explicaram-me o percurso no acolhimento/ bloco operatório				
	Senti-me preparada para a cirurgia				

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Continuação...		Sei/sinto-me capaz/ Sim	Precisava de mais ensinamentos	Não sei/não consigo/ Não	Não aplicável
Prevenção de Complicações	Sei que devo assinar o consentimento informado para a cirurgia				
	Foram confirmados os seguintes dados (nome, idade, contacto de Familiar/amigo que me acompanha)				
	Fiz análises/exames pré-operatórios				
	Sei que vou ter consulta de anestesia				
	Todos os meus exames e análises estavam disponíveis				
	Sei a previsão do dia/ hora da cirurgia				
	Sei quanto tempo vou estar no bloco, no recobro e no quarto				
	Conheço a previsão do dia da alta				
Explicaram-me que vou ter consulta pós-operatória e continuar a ser acompanhada pela equipa da UM					
Ensinamentos Pós-Operatórios	Fui visitada pela enfermeira da UM no quarto (reforço de ensinamentos/apoio)				
	Foi-me explicado os cuidados a ter com os drenos e com a integridade dos pensos				
	Foi-me explicado acerca do soutien e roupa adequada a utilizar				
	Fui alertada para principais sinais de alerta e infeção da ferida cirúrgica				
	Porque fiz biópsia do gânglio sentinela, explicaram-me acerca da alteração da coloração da urina e fezes				
	Sinto-me capaz de regressar a casa após a cirurgia				
	Sei a data de regresso à UM para vigilância e penso pós-operatório				
	Porque fiz esvaziamento axilar, ensinaram-me:				
	Restrição na mobilização do membro superior do lado operado				
	A proteger-me nas atividades de vida diária				
Restrição do membro para procedimentos invasivos e/ou outros					
Restrição na condução					
Satisfação no Atendimento	Gostei da forma como me acolheram				
	O momento da consulta foi oportuno				
	O tempo dispensado foi suficiente				
	Os ensinamentos e explicações efetuadas foram importantes e ajudaram-me				
	A documentação escrita complementa bem toda a informação oral recebida				
	Senti-me apoiada e esclarecida				
	Senti-me mais segura e confiante face à cirurgia e à alta				
	Possuo o contato Telemóvel/mail, para expor as minhas preocupações				

Data
/ / 2020

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



APÊNDICE XI – Grelha de Agendamento Cirúrgico

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

AGENDAMENTO CIRÚRGICO (Procedimento Multissetorial TRC.177)	
DADOS A CONSTAR	
Processo do doente	
Nome Completo do doente	
Data e hora da cirurgia	
Equipa cirúrgica	
Intervenção cirúrgica	
Lateralidade	
Apto pela anestesia	
Posicionamento do doente	
Duração previsível da cirurgia	
Alergias	
Doenças transmissíveis	
Necessidade de sangue/hemoderivados	
Necessidade de MCDT no intraoperatório	
Necessidade de cuidados intensivos	
Necessidade de dispositivos médicos (implantes, instrumental cirúrgico, equipamento)	
Cuidados específicos (via aérea, etc)	

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



ANEXOS

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



ANEXO I – Procedimento Multissetorial – Percurso do Doente Cirúrgico. TRC.177

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



ANEXO II – Termómetro de Distress Oncológico

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



NCCN Guidelines versão 2.2020
Gestão da angústia

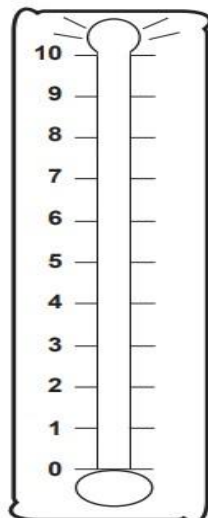
[Índice das NCCN Guidelines](#)
[Índice](#)
[Discussão](#)

TERMÓMETRO DE ANGÚSTIA DA NCCN

A angústia é uma experiência desagradável de natureza mental, física, social ou espiritual. Pode afetar a forma como se pensa, sente ou age. A angústia pode dificultar a forma como se lida com o facto de ter cancro, os seus sintomas ou o respetivo tratamento.

Instruções: por favor, faça um círculo à volta do número (0–10) que melhor descreve o nível de angústia que tem sentido na última semana, incluindo hoje.

Angústia extrema



Nenhuma angústia

LISTA DE PROBLEMAS

Por favor, indique se tem lidado com alguma das opções abaixo como um problema na última semana, incluindo hoje.

Certifique-se de que assinala SIM ou NÃO em todas as opções.

SIM NÃO Problemas práticos

- Cuidados infantis
- Alimentação
- Habitação
- Seguros/finanças
- Transporte
- Trabalho/escola
- Decisões de tratamento

Problemas familiares

- Lidar com crianças
- Lidar com o parceiro
- Capacidade de ter filhos
- Problemas de saúde na família

Problemas emocionais

- Depressão
- Medos
- Nervosismo
- Tristeza
- Preocupação
- Perda de interesse em atividades habituais

- Preocupações espirituais/religiosas**

SIM NÃO Problemas físicos

- Aparência
- Tomar banho/vestir
- Respirar
- Alterações na micção
- Obstipação
- Diarreia
- Alimentação
- Fadiga
- Sensação de inchaço
- Febres
- Mobilidade
- Indigestão
- Memória/concentração
- Lesões bucais
- Náuseas
- Nariz seco/congestionado
- Dores
- Sexo
- Pele seca/comichão
- Sono
- Consumo de substâncias
- Formigueiro nas mãos/pés

Outros problemas: _____

Nota: todas as recomendações são da categoria 2A, exceto indicação em contrário.
Ensaio clínico: a NCCN considera que o melhor tratamento dos doentes com cancro é efetuado no âmbito de ensaios clínicos.
A participação em ensaios clínicos é particularmente encorajada.

Versão 2.2020, 11/03/2020 © 2020 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). Todos os direitos reservados.
As NCCN Guidelines® e a presente ilustração não podem ser reproduzidas de nenhuma forma sem a autorização expressa por escrito da NCCN.

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

ANEXO III – Folheto do [REDACTED] – Tratamento Cirúrgico do Cancro

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA



ANEXO IV – Folheto do [REDACTED] – Guia do Utente

Enf.^a Ana Dias Bernardo

Apêndice XIX– Critérios de Referênciação à Consulta de Enfermagem de Senologia

CRITÉRIOS DE REFERÊNCIAÇÃO À CONSULTA EXTERNA DE SENOLOGIA

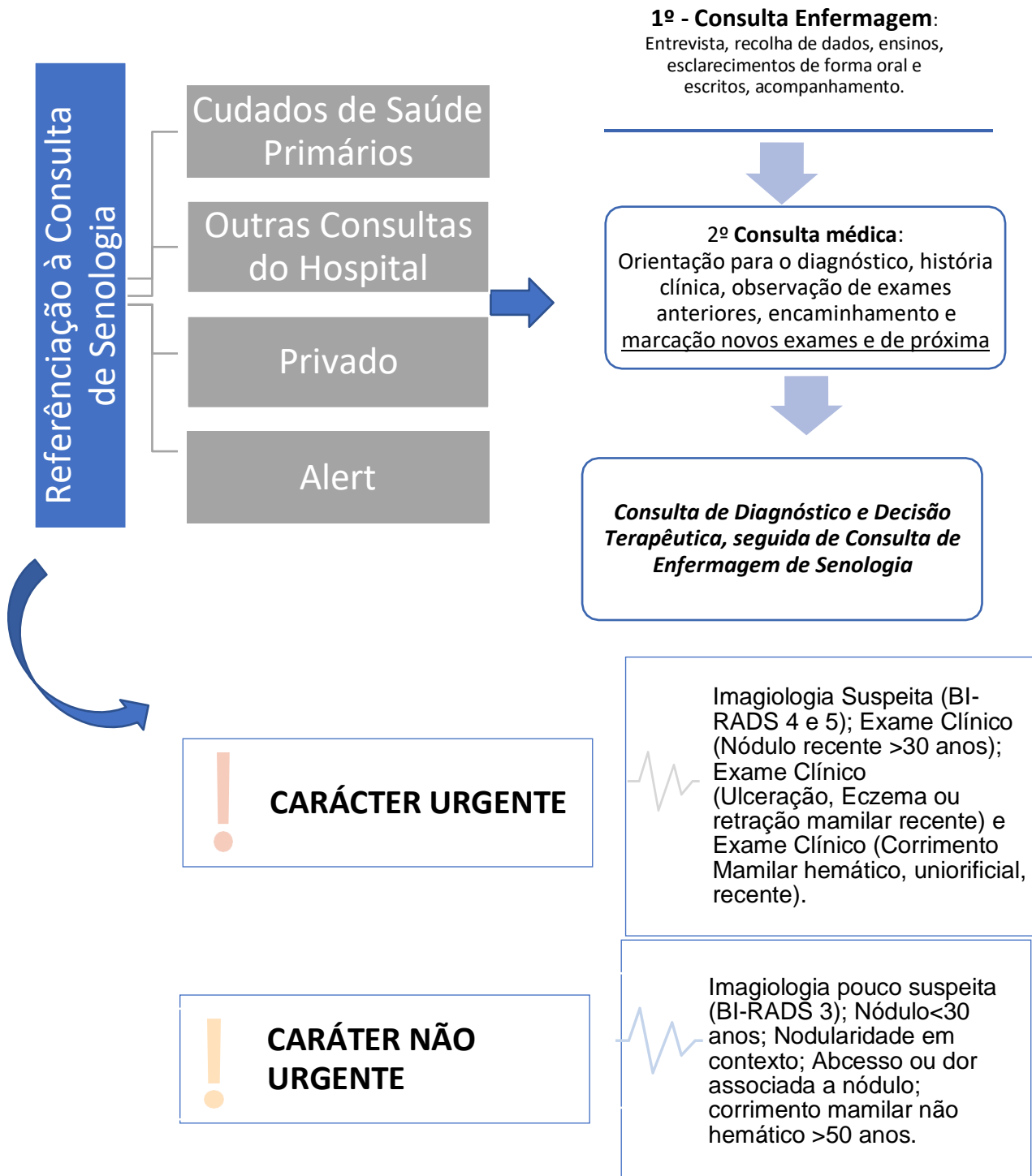


Imagem 1 – Critérios de referênciação à consulta Externa de Senologia, UPM, CHULC (2017). Realizado pela autora.

ANEXOS

Anexo I – Parecer favorável do CA e Conselho de Ética do CH



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 17-06-2020

Processo n° 878/2020

Título: "Consulta de enfermagem pré-operatória a mulheres/família com cancro de mama"

Relator: Helena Xavier

Investigador Principal: Ana Rute Dias

Local: Bloco Central- consulta de enfermagem pré-operatória

O estudo submetido a análise é de âmbito académico e insere-se no projeto de estágio de Mestrado em enfermagem, área médico-cirúrgica, na vertente oncológica.

Pretende-se com este estudo a avaliação/validação da necessidade da consulta pré-operatória no acompanhamento das doentes oncológicas e suas famílias, bem como contribuir para a identificação de outras necessidades em contexto pré-operatório, com potencial de melhoria da intervenção em enfermagem.

Estudo clínico, observacional, retrospectivo.

Os dados serão colhidos a partir de um questionário, recolhendo dados de percepção da participante quanto à situação de saúde, acolhimento, apoio. É aplicado no pós-operatório (na manhã seguinte à cirurgia, antes da alta hospitalar).

Questionário anónimo, sem qualquer dado de identificação das participantes, tendo a autora considerado que não é necessário consentimento informado escrito. Está assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos, comprometendo-se a investigadora a destruí-los até 12 meses após a discussão da dissertação de mestrado.

A previsão de aplicação enquadra-se o período de Janeiro a Junho de 2020.

O estudo tem parecer favorável da Sra. Enfermeira coordenadora da área e da responsável da área funcional.

Não estão previstos encargos financeiros para o CHULC.

Assim sendo, o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que esta Comissão entende emitir parecer favorável à sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética

Anexo II – Parecer dos Superiores Hierárquicos



PARECER HIERÁRQUICO SOBRE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Projeto: **CAPACITAÇÃO DA MULHER COM CANCRO DA MAMA: CRIAÇÃO DE UMA CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA.**

Investigador principal: Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Pareceres dos orientadores de formação e dos responsáveis pelas Especialidades/ Unidades Funcionais envolvidas:

A Senhora Enfermeira Ana Rute Lourenço Dias Bernardo, nº mecanográfico 15292 a exercer funções no Bloco Operatório Central do Hospital de São José, é responsável pelo projeto de "CAPACITAÇÃO DA MULHER COM CANCRO DA MAMA: CRIAÇÃO DE UMA CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA" que desenvolveu e apresentou como estágio no CHULC e tese de mestrado do curso de Especialidade e Mestrado na área Médico-Cirúrgica, na vertente Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa - ESEL. Este projeto teve início no ano de 2018, responde de forma inequívoca à proposta dos responsáveis

de enfermagem do Bloco Operatório e da Direção de Área de Anestesiologia e Blocos Operatórios (até 23.09.2019) e da Direção de Área de Anestesiologia (desde 23.09.2019) que tem como um dos seus objetivos a criação e regulação da consulta perioperatória do doente cirúrgico no CHULC (in Plano de ação Blocos Operatórios para 2019), descrito nos procedimentos multissetoriais do CHULC (percurso do utente cirúrgico programado e TRC 135 e do utente em cirurgia ambulatório TRC177), inscrito pela Ordem dos Enfermeiros nas competências específicas do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória que atua em "... cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatório." (in Regulamento nº429/2018, publicado no DR 2ªsérie, nº135 de 16 de julho) e que urge desenvolver e implementar.

Por ter sugerido o tema, acompanhado o seu desenvolvimento e avaliado a apresentação do projeto, confirmo que irá fundamentar e estruturar a implementação da consulta pré-operatória integrada na consulta perioperatória. Esta consulta de enfermagem pré-operatória é uma atividade de enfermagem perioperatória com potencial fundamentado para a melhoria da capacitação efetiva da pessoa com cancro da mama; melhoria do percurso cirúrgico seguro e integrado com envolvimento do utente e dos profissionais de saúde e evidencia os resultados em saúde da pessoa com cancro da mama, em situação perioperatória no CHULC.

16.02.2020 ... nº mecanográfico 618918

(Os pareceres devem ser apresentados aos responsáveis hierárquicos diretos dos investigadores, se adequado, devem referir se a execução do projeto de investigação decorrerá, no seu todo ou em parte, dentro do horário de trabalho dos investigadores.)

PARECER HIERÁRQUICO SOBRE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Projeto: CAPACITAÇÃO DA MULHER COM CANCRO DA MAMA: CRIAÇÃO DE UMA CONSULTA ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA.

Investigador principal: Ana Rute Lourenço Dias Bernardo

Pareceres dos orientadores de formação e dos responsáveis pelas Especialidades/ Unidades Funcionais envolvidas:

A decisão de um tratamento cirúrgico, surge no contexto de uma reunião multidisciplinar, sendo posteriormente comunicada ao doente/família na consulta médica. No período que compreende esta consulta e a altura que vai ser operada, não existe qualquer apoio educativo de enfermagem que, muitas vezes, só ocorre já no internamento. Desde há um ano para cá, que a Sr.ª Enfermeira Ana Dias, tem vindo a demonstrar um elevado interesse nesta área, conseguindo articular todo o período perioperatório, uma vez que é enfermeira do Bloco Operatório Central, estando presente na sala operatória da cirurgia de mama e realizando consulta pré-operatória integrada na Unidade da Mama.

A consulta pré-operatória de enfermagem, será um excelente contributo para a melhoria dos cuidados prestados a estes doentes e suas famílias, como já tenho vindo a observar, pela verbalização de referências de satisfação dos cuidados. Esta consulta permite: acolher o doente/família de forma individualizada, realizar o esclarecimento de dúvidas, informar sobre os cuidados a ter no pré-operatório e no pós-operatório, reduzir o nível de ansiedade perante o procedimento cirúrgico e o percurso durante esta fase de tratamento dentro da instituição e fornecer apoio emocional e/ou encaminhar para outros profissionais.

Como Coordenadora da Equipa da Unidade da Mama, entendo este projeto como uma intervenção especializada de elevado interesse para estes doentes e para a melhoria dos cuidados prestados neste centro hospitalar. Gostaria de ver esta consulta implementada e inserida na Unidade da Mama, bem como a possibilidade de existir essa designação (Consulta Pré-Operatória de Enfermagem) em Scl clinic, onde os registos dos ensinos efetuados/informação recolhida fosse acessível a toda a equipa, de forma a dar continuidade aos cuidados prestados.

18.02.2020

..... nº mecanográfico 11181414

(Os pareceres devem ser explícitos e fundamentados. Os responsáveis hierárquicos diretos dos investigadores, se adequado, devem referir se a execução do projeto de investigação decorrerá, no seu todo ou em parte, dentro do horário de trabalho dos investigadores.)

Anexo III – Congresso Literacia em Saúde

Health Higher School of Santarém

1st International Congress on Health Liter@cy
Paradigms and knowledge in “diverse” contexts

This is to certify that **Ana Rute Lourenço Dias Bernardo**, participated in the 1st International Congress on Health Literacy – Paradigms and Knowledge in “Diverse” Contexts, on May 16th and 17th, 2019, at the Health Higher School of Santarém.

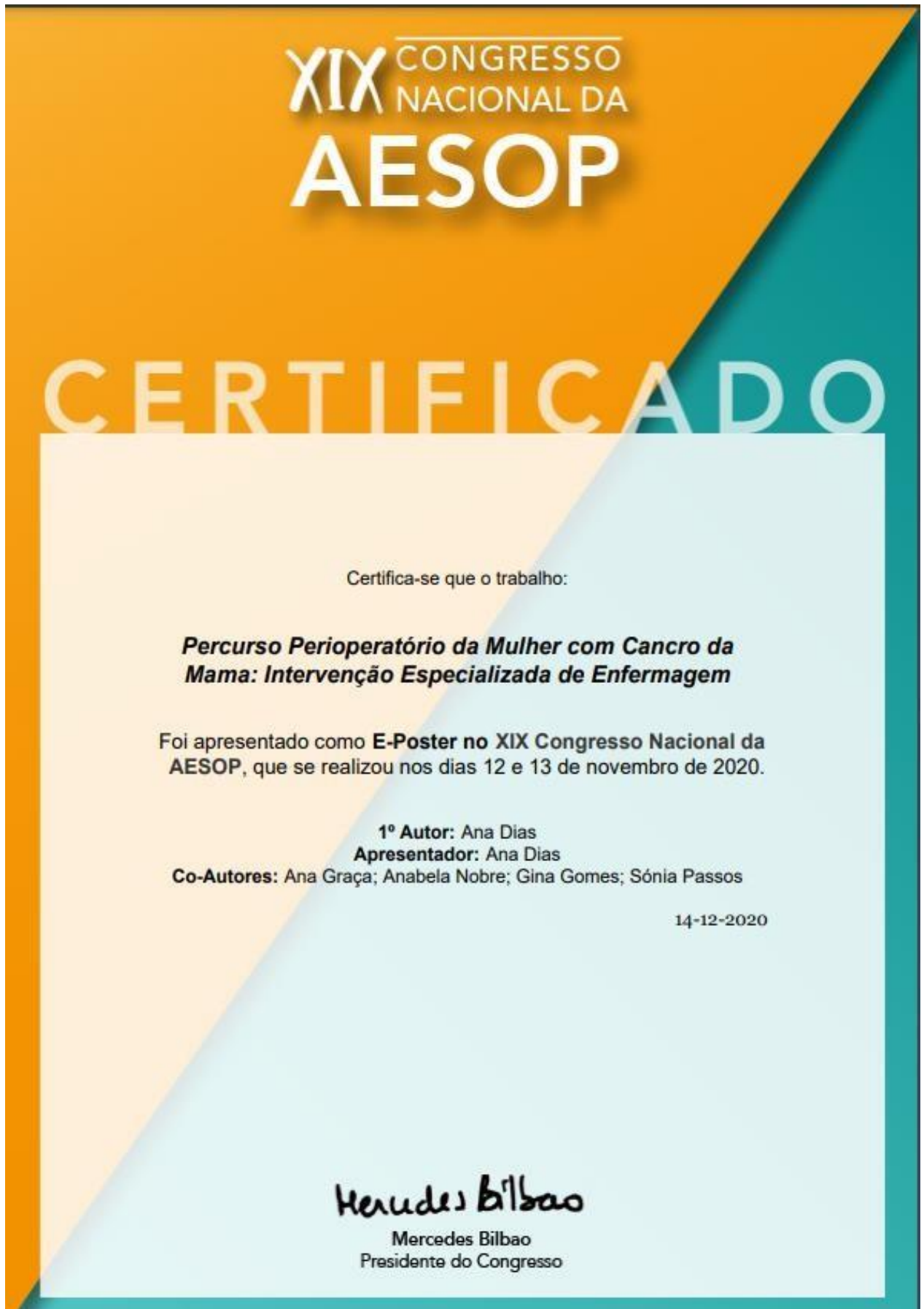
Director of ESSS
Coordinator Prof. Isabel Barroso (MSc.)

UMIS Coordinator
Coordinator Prof. José Amendoeira (PhD.)

Principal Researcher - Your PEL
Adjunct Prof. Hélia Dias (PhD.)

COMPETE 2020 PORTUGAL 2020 FCT

Anexo IV – Certificado 1º lugar no Poster apresentado no Congresso AESOP





Anexo V – Formação em Cuidados de Enfermagem ao Doente Oncológico



Participação em Eventos Científicos

Certificado

Certifica-se que **Ana Dias**, titular do Cartão de Cidadão com o nº de identificação **11054673**, frequentou o seguinte evento científico:

Cuidados de Enfermagem ao Doente Oncológico HCd

que decorreu a **2 de Dezembro de 2019**, com a duração de 7 horas, no seguinte local: Hospital CUF Descobertas

Carnaxide, 2 de Dezembro de 2019

Anabela Possidónio

Código de Certificado: C-5ddc1e6f8c59b

Av. do Forte, nº3 – Edifício Suécia III, Piso 2 - Carnaxide

academicuf.up.events

Comprovativo de Emissão de Certificado Eletrónico

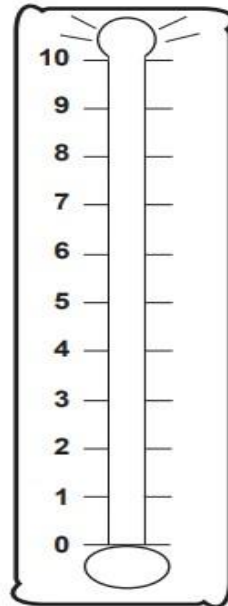
Anexo VI – Termómetro de Angústia da NCCN

TERMÓMETRO DE ANGÚSTIA DA NCCN

A angústia é uma experiência desagradável de natureza mental, física, social ou espiritual. Pode afetar a forma como se pensa, sente ou age. A angústia pode dificultar a forma como se lida com o facto de ter cancro, os seus sintomas ou o respetivo tratamento.

Instruções: por favor, faça um círculo à volta do número (0–10) que melhor descreve o nível de angústia que tem sentido na última semana, incluindo hoje.

Angústia extrema



Nenhuma angústia

LISTA DE PROBLEMAS

Por favor, indique se tem lidado com alguma das opções abaixo como um problema na última semana, incluindo hoje.

Certifique-se de que assinala **SIM** ou **NÃO** em todas as opções.

SIM NÃO Problemas práticos

- Cuidados infantis
- Alimentação
- Habitação
- Seguros/finanças
- Transporte
- Trabalho/escola
- Decisões de tratamento

Problemas familiares

- Lidar com crianças
- Lidar com o parceiro
- Capacidade de ter filhos
- Problemas de saúde na família

Problemas emocionais

- Depressão
- Medos
- Nervosismo
- Tristeza
- Preocupação
- Perda de interesse em atividades habituais

- Preocupações espirituais/religiosas**

SIM NÃO Problemas físicos

- Aparência
- Tomar banho/vestir
- Respirar
- Alterações na micção
- Obstipação
- Diarreia
- Alimentação
- Fadiga
- Sensação de inchaço
- Febres
- Mobilidade
- Indigestão
- Memória/concentração
- Lesões bucais
- Náuseas
- Nariz seco/congestionado
- Dores
- Sexo
- Pele seca/comichão
- Sono
- Consumo de substâncias
- Formigueiro nas mãos/pés

Outros problemas: _____

Nota: todas as recomendações são da categoria 2A, exceto indicação em contrário.
Ensaio clínico: a NCCN considera que o melhor tratamento dos doentes com cancro é efetuado no âmbito de ensaios clínicos.
A participação em ensaios clínicos é particularmente encorajada.

Versão 2.2020, 11.03/2020 © 2020 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®). Todos os direitos reservados.
As NCCN Guidelines® e a presente ilustração não podem ser reproduzidas de nenhuma forma sem a autorização expressa por escrito da NCCN.

ANA RUTE LOURENÇO DIAS BERNARDO

