



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA  
PSICOTERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM  
PROMOTOR DO *COPING* NA PESSOA ADULTA  
COM DOENÇA ONCOLÓGICA:  
*CAEDO - COPING CANCER***

**Ana Raquel Soares Pereira**

**Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem  
de S. José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiátrica.**

**Funchal,  
2025**



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA  
PSICOTERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM  
PROMOTOR DO *COPING* NA PESSOA ADULTA  
COM DOENÇA ONCOLÓGICA:  
*CAEDO - COPING CANCER***

**Ana Raquel Soares Pereira**

**Orientadora: Professora Doutora Tânia Marlene Gonçalves Lourenço  
Coorientador: Professor Mestre Bruno Miguel da Costa Santos**

**Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Superior de Enfermagem  
de S. José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem  
de Saúde Mental e Psiquiátrica.**

**Funchal,  
2025**

Alguns já comentaram com humor carregado de verdade que não é a mudança que é tão difícil, mas a transição.

(Meleis,2010)

## AGRADECIMENTOS

À Professora Tânia Lourenço, por acreditar em mim e acompanhar-me neste percurso académico. Pela orientação de excelência, pela motivação que me deu em todas as etapas e acima de tudo pela significativa contribuição na promoção do meu crescimento pessoal e profissional. Sem o seu apoio este trabalho certamente não seria possível.

Ao Professor Bruno Santos, sempre presente e disponível, mesmo que à distância, que me orientou e partilhou os seus valiosos e indispensáveis contributos para enriquecer este trabalho.

Sou muito grata pelo privilégio da vossa orientação e reconheço em ambos o empenho e a qualidade com que exercem a docência.

À Professora Luísa Gonçalves, pela cumplicidade, pelo apoio e pelas partilhas que fomos fazendo ao longo desta jornada.

Ao corpo docente que integrou este mestrado no âmbito do consórcio estabelecido entre a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa — Alto Tâmega e Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias que partilharam o seu conhecimento nas aulas e nos seminários que foram realizados neste âmbito.

Particular destaque para a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pilar desta minha formação. Agradeço a todo o corpo docente e não docente o apoio fornecido, o saber partilhado e o contributo ao longo deste percurso.

Aos enfermeiros peritos que se envolveram ativamente na realização dos grupos focais que integraram esta investigação e que no seu tempo livre, disponibilizaram-se a partilhar os seus *insights* e pareceres sobre as características necessárias à construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica.

À associação de apoio a doentes oncológicos, que prontamente se disponibilizou a colaborar no estudo, sempre ciente de que são as pessoas com doença oncológica o verdadeiro foco do cuidar e de que é por elas que faz sentido o investimento em programas de melhoria continua.

Aos utentes que participaram no grupo focal, talvez um dos momentos mais impactantes desta investigação. Cujas narrativas de vida, revelaram em cada palavra, cada entrelinha, toda a dor e sofrimento inerente à doença. Cujas partilhas, contributos e sugestões se entrelaçaram para sustentar a construção deste programa.

A todos os meus amigos, que me acompanharam nesta jornada, que compreenderam as minhas ausências, que me deram força para não desistir e que acreditaram em mim, mesmo quando eu duvidei.

Aos meus pais, por tanto me ensinarem sobre autonomia, perseverança e resiliência. Grata por contribuírem para a pessoa que sou hoje.

Ao meu marido, à Inês e à Beatriz, que conotam de sentido e de amor a minha vida pessoal e que sem eles o meu percurso profissional e académico não faria o mesmo sentido.

Por último e em especial, deixo uma palavra de carinho e consideração a todas as pessoas que sofrem com a doença oncológica. Que o vosso sofrimento inspire a procura por práticas baseadas em evidência que promovam a saúde mental no processo de adaptação à doença.

## RESUMO

**Introdução:** O *distress* nas pessoas com doença oncológica impacta negativamente a sua qualidade de vida e bem-estar. Há uma lacuna na existência de programas psicoterapêuticos de enfermagem que promovam de forma eficaz, o *coping* em adultos com doença oncológica.

**Objetivo:** Construir um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica.

**Materiais e métodos:** Estudo estruturado em quatro etapas. Na Etapa I, foi realizada uma *scoping review* de acordo com a metodologia *Joanna Briggs Institute* que mapeou a evidência assente na intervenção do enfermeiro na promoção do *coping* na população em estudo. As Etapas II e III envolveram estudos exploratórios qualitativos independentes com um grupo focal de utentes (n=8) e três grupos focais de enfermeiros peritos (n=16) para aferir os elementos-chave a integrar no programa, sendo os dados tratados com o MaxQDA24. Na Etapa IV foi realizada a modelagem efetiva do programa triangulando os resultados das etapas anteriores. O estudo obteve o parecer favorável de uma comissão de ética (Parecer nº002/23).

**Resultados:** Na Etapa I, dos 1547 registos obtidos foram extraídos 18 para análise, destacando-se as intervenções cognitivo-comportamentais com programas compostos por 6 a 12 sessões de 45 a 90 minutos. Na etapa II foi destacada a importância de iniciar o programa desde o diagnóstico, com sessões de 45 a 60 minutos, que abordassem as necessidades físicas, emocionais e sociais identificadas. Na etapa III, os peritos sugeriram um programa de intervenção mista com 8 a 10 sessões, centrado principalmente na relação de ajuda incorporando técnicas psicoterapêuticas adicionais. Na etapa IV foi elaborada a versão preliminar do programa psicoterapêutico de enfermagem proposto, composto por 10 sessões (5 individuais e 5 de grupo) ao longo de seis meses, cujas intervenções visam dar resposta aos diagnósticos de enfermagem: disponibilidade para *coping* efetivo, ansiedade, medo e falta de conhecimento sobre a doença.

**Conclusão:** O programa psicoterapêutico desenvolvido apresenta uma abordagem estruturada para promover o *coping* em adultos com doença oncológica, integrando intervenções individuais e em grupo com base em evidências e necessidades identificadas.

**Palavras-chave:** Doença Oncológica; Programa Psicoterapêutico; Saúde Mental; Adaptação; Enfermagem.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Emotional distress in cancer patients significantly affects their quality of life and well-being. There is a documented need for psychotherapeutic nursing programs designed to effectively support coping mechanisms in adults with cancer.

**Objective:** To develop a psychotherapeutic nursing program aimed at promoting coping in adults with cancer.

**Materials and methods:** The study was structured in four stages. In Stage I, a scoping review was conducted following the methodological framework of the Joanna Briggs Institute, mapping evidence on nursing interventions that enhance coping in this population. Stages II and III comprised independent qualitative exploratory studies using focus groups, including a patient group (n=8) and three groups of expert nurses (n=16), to assess key components for inclusion in the program. The sessions were audio-recorded, transcribed, and analyzed using MaxQDA24 software. In Stage IV, a model of the program was constructed by triangulating findings from the previous stages. Ethical approval was obtained from the appropriate committee (Opinion No. 002/23).

**Results:** In Stage I, out of 1547 records screened, 18 met the criteria for analysis, highlighting cognitive-behavioral interventions delivered in 6 to 12 sessions, each lasting 45 to 90 minutes. Findings from Stage II emphasized the importance of initiating the program at diagnosis, with 45 to 60-minute sessions addressing identified physical, emotional, and social needs. In Stage III, experts recommended a hybrid intervention program, proposing 8 to 10 sessions focused on therapeutic relationships, supplemented by specific psychotherapeutic techniques. In Stage IV, the initial version of the psychotherapeutic nursing program was developed, featuring 10 sessions (5 individual and 5 group sessions) over a six-month period. The interventions target the nursing diagnoses of readiness for effective coping, anxiety, fear, and lack of knowledge of disease.

**Conclusion:** The developed psychotherapeutic nursing program offers a structured, evidence-based approach to fostering coping mechanisms in adults with cancer, integrating individual and group-based interventions tailored to identified patient needs.

**Keywords:** Oncological Disease; Psychotherapeutic Program; Mental Health; Coping; Nursing.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

AAQ - Acceptance and Action Questionnaire for Cancer  
ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso  
CAEDO - Consulta de Apoio Emocional à Pessoa com doença oncológica  
Cancer Quality of Life Questionnaire – CR29  
Cancer-AAQ - Acceptance and Action Questionnaire for Cancer  
CBCT - Treino em Compaixão Baseado na Cognição  
CBTM - Coping Management for Depression and Anxiety  
CCQ - Cancer Coping Questionnaire  
Cf. - “Confira” ou “Confronte com”  
CHE - Cancer Health Education  
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
C-MUIS - Cancer-Related Multiple-Item Uncertainty Scale  
COREQ - Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research  
CQOLC - Caregiver Quality of Life Index–Cancer  
DASS-21 - Depression Anxiety-Stress Scale  
DBD – Day By Day (Program)  
ENLCC - Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro  
EORTC QLQ-CR29 - European Organisation for Research and Treatment of Cancer  
ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Ex. – Exemplo  
FACIT-Sp-12 - Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Therapy  
FACT-G - Functional Assessment of Cancer Therapy–General  
FCR – Fear of Cancer Recurrence  
FCRI-SF - Cancer Fatigue Scale - Short Form  
FOP-SF - Fear of Progression-SF  
GAD - General Anxiety Disorder Scale  
HADS - Escala Hospitalar de Ansiedade, Depressão e Stresse  
HLQ - Health Literacy Questionnaire  
HT – Hormonoterapia  
ICN - International Council of Nurses  
IES-R - Impact of Event Scale

IPAQ-SF-International Physical Activity Questionnaire - Short Form  
IPQ-R - Illness Perception Questionnaire-Revised  
JBI - Joanna Briggs Institute  
MCQ-30- MCQ-30Multi-dimensional Cancer Quality of Life Questionnaire-30  
MESMP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica  
Mini-MAC - Mini-Mental Adjustment to Cancer  
MSAS - Memorial Symptom Assessment Scale  
MSES - Multidimensional Self-Efficacy for Exercise Scale  
NANDA - North American Nursing Diagnosis Association  
NCCN - National Comprehensive Cancer Network  
NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem  
NOC - Classificação dos Resultados de Enfermagem  
PAC - Planificação Antecipada de Cuidados  
PAM13 - Patient Activation Measure  
PCC - População, Conceito, Contexto  
PHQ - Patient Health Questionnaire  
PRISMA - ScR - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses  
extension for Scoping Reviews  
PROMIS - Patient-Reported Outcomes Measurement Information System  
PSQI - Pittsburgh Sleep Quality Index  
PSS - Perceived Stress Scale  
PTGI - Post-Traumatic Growth Inventory  
QT – Quimioterapia  
QV – Qualidade de Vida  
RDAS - Revised Dyadic Adjustment Scale  
RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados Pessoais  
ScR – Scoping Review  
SF-12 /SF-36 – Questionários sobre o estado de saúde  
SVQ- Sexual Function Vaginal Changes Questionnaire  
TCC - Técnicas Cognitivas Comportamentais  
TEMPO- Tailored, Web-based, psychosocial, and physical activity self-Management)  
TMC – Teoria Motivacional do *Coping*  
UE – União Europeia  
VD's – Visitas Domiciliárias

WHOQOL-BREF - World Health Organization Quality of Life – Bref

WOCQ - World of Oncology Care Questionnaire

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO</b> .....	18
<b>1.1. Enquadramento da Problemática</b> .....	19
<b>1.2 O Processo de <i>Coping</i> na Pessoa Adulta com Doença Oncológica</b> .....	20
<b>1.3 Os Modelos Teóricos de Enfermagem</b> .....	25
1.3.1. Teoria das Transições .....	26
1.3.2. Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem .....	29
<b>CAPÍTULO 2 - ESTUDO EMPÍRICO: CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOTERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DO COPING NA PESSOA ADULTA COM DOENÇA ONCOLÓGICA</b> .....	33
<b>2.1. Desenho da Investigação</b> .....	34
<b>2.2. Etapa I - Intervenções de Enfermagem Promotoras do Coping na Pessoa Adulta com Doença Oncológica – Uma Scoping Review</b> .....	35
2.2.1. Metodologia.....	35
2.2.2. Resultados .....	37
2.2.3. Discussão.....	56
<b>2.3. Etapa II – Perceção dos utentes sobre a promoção do <i>coping</i> na doença oncológica – Grupo Focal com Utesntes</b> .....	58
2.3.1. Metodologia.....	58
2.3.2. Resultados .....	61
2.3.3. Discussão.....	65
<b>2.4. Etapa III – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na promoção do <i>coping</i> na pessoa adulta com doença oncológica – Grupo Focal com Enfermeiros Peritos</b> .....	67
2.4.1. Metodologia.....	68
2.4.2. Resultados .....	70
2.4.3. Discussão.....	77

<b>2.5. Etapa IV: CAEDO - <i>Coping Cancer</i>: Programa Psicoterapêutico de Enfermagem para a Pessoa Adulta com Doença Oncológica</b>	<b>79</b>
2.5.1. Metodologia.....	80
2.5.2. Resultados e Discussão .....	82
<b>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>95</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>i</b>
<b>ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....</b>	<b>ii</b>
<b>ANEXO B – INFORMAÇÃO AO SUJEITO UTENTE .....</b>	<b>iii</b>
<b>ANEXO C – INFORMAÇÃO AO SUJEITO: PERITOS .....</b>	<b>iv</b>
<b>ANEXO D – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO .....</b>	<b>vi</b>
<b>ANEXO E – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO .....</b>	<b>vii</b>
<b>ANEXO F– DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE.....</b>	<b>viii</b>
<b>ANEXO G – APRESENTAÇÃO DE POSTER NAS III JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONÉSIA: MENÇÃO HONROSA .....</b>	<b>ix</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de stresse e coping original de Lazarus & Folkman.....	21
Figura 2 - Modelo de stresse e coping revisto por Folkman (2008).....	23
Figura 3 - Diagrama adaptado da Teoria das Transições de Meleis .....	27
Figura 4 - Princípios orientadores das intervenções psicoterapêuticas em enfermagem.....	30
Figura 5 - Abordagem integrativa do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem.....	31
Figura 6 - Fluxograma PRISMA extension for scoping reviews.....	38
Figura 7 - Elementos-chave a integrar num programa psicoterapêutico promotor do coping para as pessoas adultas com doença oncológica .....	64
Figura 8 - Frequência das sessões individuais do programa.....	84
Figura 9 - Frequência das sessões de grupo do programa .....	84
Figura 10 - Estrutura global do programa CAEDO - Coping Cancer .....	85

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Famílias de Coping: Relação entre a avaliação do evento stressor, necessidade básica e processo adaptativo .....	24
Tabela 2– Domínios da avaliação inicial e critérios de exclusão.....	30
Tabela 3 - Registos incluídos na Scoping Review .....	39
Tabela 4 - Caraterização dos programas e intervenções desenvolvidos pelos enfermeiros - Parte I.....	42
Tabela 5 - Caraterização dos programas e intervenções desenvolvidos pelos enfermeiros - Parte II.....	50
Tabela 6 - Caraterização dos instrumentos de medida referidos na ScR .....	54
Tabela 7 - Guião do grupo focal com utentes .....	60
Tabela 8 - Necessidades identificadas pelos utentes na vivência da doença oncológica.....	62
Tabela 9 - Guião do 1º e 2º grupo focal .....	69
Tabela 10 - Caraterização das amostras dos grupos focais .....	71
Tabela 11 - Elementos-chave a integrar no programa psicoterapêutico de enfermagem.....	73
Tabela 12 - Ligações entre os diagnósticos de enfermagem, as intervenções psicoterapêuticas NIC e os resultados NOC.....	82
Tabela 13 - Objetivos e atividades da sessão 0 .....	87
Tabela 14 - Critérios de inclusão e exclusão do CAEDO – Coping Cancer.....	87
Tabela 15 - Planificação das sessões individuais.....	88
Tabela 16 - Planificação das sessões de grupo.....	91

## **INTRODUÇÃO**

A presente dissertação de mestrado descreve o percurso de investigação inerente à construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica, com o objetivo de capacitar esta população para uma adaptação eficaz ao processo patológico e mitigar o sofrimento emocional a ela inerente.

Esta investigação decorreu no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica promovido pelo consórcio estabelecido entre a Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa — Alto Tâmega e a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias.

A preocupação com as questões relacionadas com a promoção da saúde mental nas pessoas com doença oncológica adveio em primeira instância, do exercício profissional da mestranda com esta população, que motivou a realização do curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em 2017, do qual emergiram os pilares para a construção do Programa Regional de Intervenção Comunitária: CAEDO - Consulta de Apoio Emocional à Pessoa com Doença Oncológica.

A CAEDO consiste na implementação de uma consulta de enfermagem, no domínio da especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, que preconiza através das respetivas intervenções psicoterapêuticas, promover o apoio emocional à pessoa com doença oncológica e seus familiares ao longo das várias fases da doença. Ajustar as emoções e desenvolver mecanismos para se ajustarem a este evento de vida, é o principal objetivo deste projeto que está em funcionamento na R.A.M desde 2021, primeiro no Centro de Saúde de Santo António e desde 2023 nos vários centros de saúde da região (SESARAM EPERAM, 2023).

A necessidade de estruturar e sistematizar a intervenção dos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, que realizam esta consulta, impulsionou a continuação do percurso académico e como tal a realização deste mestrado. Não obstante, a presente investigação advém também da necessidade de explorar e desenvolver bases teóricas que sustentem uma prática baseada na evidência em prol da melhoria contínua dos cuidados prestados pela Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a esta população independentemente do seu contexto de intervenção.

Embora existam estudos publicados em Portugal sobre as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica, a maioria dos programas centra-

se numa abordagem psicoeducativa, considerando-se por isso pertinente e relevante a realização deste estudo, que incide na intervenção psicoterapêutica.

Partimos para este estudo com o objetivo geral de construir um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica, e com os seguintes objetivos específicos: mapear e analisar a evidência científica assente na intervenção do enfermeiro na promoção do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica; e determinar quais os elementos-chave e estrutura a considerar na construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na referida população.

A dissertação encontra-se organizada em dois capítulos principais. O primeiro, reserva-se à contextualização teórica, construída com base nos construtos obtidos da literatura que enquadram a problemática e fundamentam a pertinência do estudo, enfatizando a necessidade da intervenção no processo de adaptação à doença oncológica e explorando de que modo o *coping* pode influenciar esse processo. Adicionalmente serão aprofundados os pressupostos da Teoria das Transições de Meleis (2010) e o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Sampaio et al. (2018), compondo assim o enquadramento teórico e alicerçando a construção do programa psicoterapêutico promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica enquanto um instrumento de e para enfermeiros.

No capítulo seguinte, detalharemos as opções metodológicas selecionadas nas quatro etapas desta investigação, de modo a responder ao objeto de estudo. Neste capítulo, serão explorados com maior detalhe, o tipo de estudo elaborado em cada etapa, os seus objetivos específicos, assim como os procedimentos metodológicos e instrumentos utilizados para a colheita de dados, principais resultados obtidos e limitações encontradas em cada uma destas etapas, correlacionando-os com os conceitos teóricos e contribuições científicas de outras pesquisas relacionadas com o tema.

Optou-se por elaborar as conclusões das quatro etapas metodológicas na conclusão geral desta dissertação, por se defender que as mesmas são fundamentais na promoção de uma compreensão mais abrangente e coerente dos resultados obtidos. As implicações para a prática clínica, foram, pelas mesmas razões, incluídas na conclusão final da dissertação.

A seleção e utilização das referências bibliográficas seguiu uma metodologia rigorosa visando a inclusão de referências atualizadas, fidedignas e pertinentes face à temática em estudo, acompanhada de uma análise crítica detalhada para evitar possíveis vieses e garantir a validade da investigação, de acordo com as normas da “*American Psychological Association*” - 7ª edição.

Esta dissertação está redigida e organizada de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

## **CAPÍTULO 1 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO**

## 1.1. Enquadramento da Problemática

A incidência das doenças oncológicas tem vindo progressivamente a aumentar estimando-se que em 2022 tenham sido diagnosticados 19.9 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo, dos quais 69.6 mil foram diagnosticados em Portugal (Ferlay et al., 2024).

De acordo com o GLOBOCAN *Statistics 2022*, prevê-se que mais de 35 milhões de novos casos de cancro ocorrerão até 2050, um aumento de 77% em relação aos 20 milhões de casos estimados em 2022 (Bray et al., 2024).

Também as taxas de sobrevivência têm registado aumentos significativos com aproximadamente 12 milhões de sobreviventes na Europa, devido aos avanços na deteção precoce, terapias eficazes e cuidados de suporte (União Europeia, 2020).

No entanto, estudos recentes indicam que, apesar dos significativos avanços da ciência, a prevalência do *distress* clinicamente significativo nas pessoas com doença oncológica mantém-se na ordem dos 50% (Alsughayer et al., 2021 e Peters et al., 2020).

Sendo as problemáticas mais frequentemente relatadas no domínio emocional, com ênfase para a ansiedade e depressão, seguindo-se as problemáticas familiares e o agravamento dos sintomas físicos (Alsughayer et al., 2021).

A evidência científica tem demonstrado que cerca de um terço desta população apresenta efetivamente sintomas de transtornos psiquiátricos, encontrando-se a ansiedade e a depressão como os mais prevalentes independentemente do tipo, estadio ou fase da doença. (Harami et al., 2023; Niedzwiedz et al., 2019; Nikbakhsh et al., 2014).

Contudo, a resposta emocional aos eventos stressores relacionados com esta patologia é representada num espectro que pode variar desde sintomas normativos; como angustia, preocupação, incerteza, tristeza e até desesperança; a sintomas emocionais graves que poderão, eventualmente, atender aos limites diagnósticos de transtornos psiquiátricos (Caruso et al., 2017; Van Beek et al., 2022; Wang et al., 2020).

É importante que os profissionais de saúde compreendam a diferença entre as flutuações não patológicas resultantes de respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida, e as condições psicopatológicas mais específicas e impactantes, como as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas (Grassi et al., 2023).

De acordo com Riba et al. (2023), o reconhecimento e a intervenção precoce otimizam a *compliance* emocional dos utentes, bem como a sua capacidade de tomada de decisão e adesão aos tratamentos, diminuindo as recorrências não programadas aos serviços de saúde, o que por sua vez implica menor consumo de recursos e menor sobrecarga

emocional das equipas de saúde.

Além disso, o acompanhamento emocional das pessoas com doença oncológica é tido como parte integrante de uma prestação de cuidados de qualidade (Holland & Alici, 2010), de tal forma, que as diretrizes internacionais indicam que a monitorização e intervenção no sofrimento emocional destes utentes é um padrão mínimo de prática nos cuidados oncológicos (Grealley et al., 2020).

A Europa reconheceu a necessidade urgente de um compromisso que integre os crescentes desafios e as possíveis soluções, no domínio dos cuidados oncológicos. Neste sentido, o Plano Europeu de Luta contra o Cancro constitui a resposta da União Europeia a estas exigências, refletindo o compromisso político estabelecido, que define ações concretas e ambiciosas para apoiar, coordenar e complementar os esforços dos Estados-Membros na mitigação do sofrimento causado pelo cancro (União Europeia, 2022).

A Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030 (ENLCC) pretende-se alinhar com as orientações da Europa através da definição de quatro áreas fundamentais de intervenção: prevenção, deteção precoce, diagnóstico e tratamento, bem como a melhoria da qualidade de vida (Despacho nº 13227/2023, 2023).

É no âmbito da melhoria da qualidade de vida que se inserem as intervenções promotoras da saúde mental, cujos desafios foram reconhecidos pela Comissão Europeia no programa de atividades do EU4Health-2023, que motivou o desenvolvimento do Código Europeu para a Saúde Mental com o objetivo de promover a implementação de intervenções psicoterapêuticas e psicossociais, de modo a reduzir o risco de problemas de saúde mental desta população a longo prazo (Comissão Europeia, 2022).

Face ao exposto, considera-se que a capacitação das pessoas para uma adaptação eficaz à doença bem como a redução do sofrimento emocional a ela relacionado, é uma área que merece ser investigada de modo a promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem especializados prestados em oncologia neste domínio.

## **1.2 O Processo de *Coping* na Pessoa Adulta com Doença Oncológica**

A análise conceptual do *coping* revela-se crucial para o entendimento deste estudo, uma vez que a experiência de uma doença grave, como é o caso do diagnóstico de uma doença oncológica, consiste num acontecimento não-normativo, potencialmente traumático, que exige uma adaptação, a qual tem repercussões imediatas e/ou prolongadas na saúde mental do indivíduo (Pais-Ribeiro, 2006; Skinner et al., 2003).

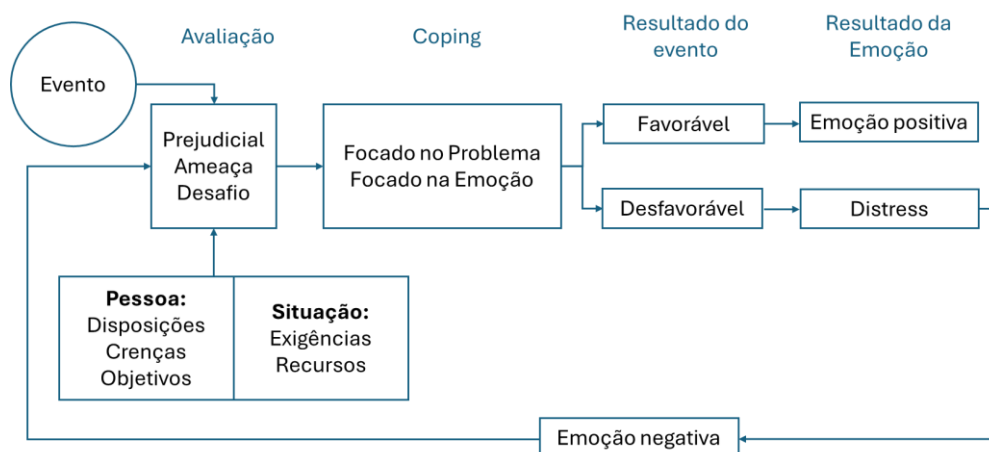
O conceito de *coping* tem evoluído ao longo das últimas décadas, sendo analisado

e interpretado através de diferentes gerações de modelos teóricos, destacando-se em particular três, cujas perspectivas se revelam cruciais para otimizar o conhecimento sobre esta temática.

A primeira geração de teóricos, defende que o *coping* é influenciado por características da personalidade relativamente estáveis, representadas principalmente pelo referencial teórico psicanalítico por vezes designadas de teorias disposicionais (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Lazarus, 1993).

A segunda geração de teóricos trouxe uma mudança significativa ao adotar uma visão mais dinâmica e processual do *coping*. Este período foi amplamente influenciado pelos trabalhos de Richard Lazarus e Susan Folkman, que introduziram o modelo transacional do *coping* em 1984. Neste modelo, representado na Figura 1, o *coping* é conceptualizado como um processo dinâmico de esforços cognitivos e comportamentais, que se modificam de forma constante, visando enfrentar demandas internas e/ou externas específicas, que são percebidas como superiores ou desafiadoras em comparação aos recursos disponíveis do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1984).

Figura 1 - Modelo de stresse e *coping* original de Lazarus & Folkman



Fonte: Adaptado de Lazarus & Folkman (1984)

A avaliação cognitiva, enfatizada neste modelo, foca-se no modo como as pessoas percebem e interpretam a situação geradora de stresse, dividindo o fenómeno em duas categorias funcionais: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção.

No *coping* focado no problema, as estratégias são adotadas com o objetivo de solucionar o evento stressor, seja pela resolução efetiva do problema, seja pela minimização do seu impacto no indivíduo (Folkman, 2010). Este mecanismo tanto pode ser direcionado

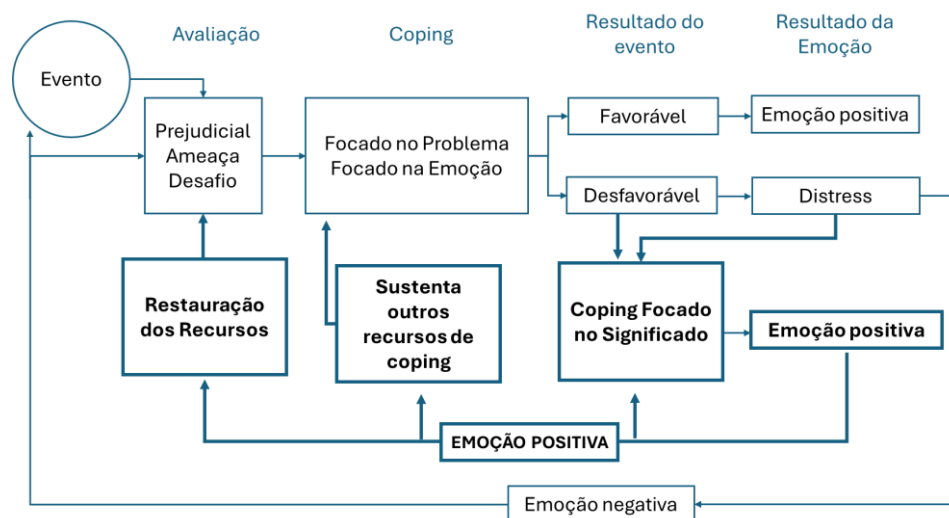
para uma fonte externa, como para uma fonte interna. Quando o *coping* é direcionado para uma fonte de stresse externa, são utilizadas estratégias que visam a resolução do problema com recurso, por exemplo, à negociação ou pedido efetivo de ajuda a terceiros; por outro lado, quando o *coping* está focado numa fonte interna, ocorre a redefinição do fator de stress, por exemplo, através da reestruturação cognitiva (Antoniazzi et al., 1998). Relativamente às estratégias de *coping* focadas na emoção, estas centram-se na regulação emocional do indivíduo, quer a nível somático, quer a nível emocional, ou seja, a função desta estratégia centra-se em reduzir a sensação física desagradável associada a uma situação de stresse (Antoniazzi et al., 1998; Dias & Pais-Ribeiro, 2019).

A terceira geração de estudos sobre o *coping* adotou uma abordagem integrativa, reconhecendo a complexidade e a variabilidade das estratégias de *coping* (Suls et al., 1996). Esta abordagem enfatiza a importância do contexto cultural, social e situacional na escolha e na eficácia dessas mesmas estratégias, defendendo que o *coping* não pode ser completamente compreendido sem ter em consideração o contexto em que ocorre (Folkman, 1997).

Além disso, esta geração destaca a flexibilidade do *coping*, ou seja, a capacidade dos indivíduos ajustarem as suas estratégias de acordo com as demandas específicas da situação, argumentando que a resiliência ao stresse e ao trauma está frequentemente relacionada com a capacidade de adaptação (Bonanno, 2004).

Este pensamento é ampliado para incluir o conceito de *coping* focado no significado, que remete para as estratégias que as pessoas utilizam para encontrar sentido na vivência de situações adversas geradoras de stresse, indo além das abordagens tradicionais de resolução de problemas ou gestão de emoções (Dias & Pais-Ribeiro, 2019). A Figura 2 apresenta uma adaptação do modelo de stresse e *coping* revisto por Folkman (2008), que integra o conceito de *coping* focado no significado.

**Figura 2- Modelo de stress e coping revisto por Folkman (2008)**



Fonte: Adaptado de Folkman (2008)

O conceito proposto sugere uma reavaliação cognitiva da situação para identificar um propósito ou significado mais profundo, que possibilite a restauração dos recursos utilizados para enfrentar a adversidade e a transformação das ameaças em desafios, o que, a longo prazo, resulta na melhoria da eficácia dos mecanismos de *coping* (Folkman, 2010).

Na realidade, estamos diante de um sistema dinâmico de processos que são altamente interativos e que se complementam assumindo uma ação regulatória (Compas et al., 2001; Folkman, 2010).

O *coping* enquanto ação regulatória é definido, como o conjunto de esforços necessários para modificar os estados emocionais, os pensamentos, as ações e as relações interpessoais em resposta às demandas geradoras de stress (Compas et al., 2001).

Uma teoria que se destacou com base nestes pressupostos foi a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), de Ellen Skinner, para a qual o trabalho de Compas et al. (2001) teve um importante contributo e que complementa as teorias anteriores sobre este fenómeno com uma perspectiva mais ampla e abrangente.

Os autores da TMC sugeriram um sistema hierárquico e estrutural, distinguindo diferentes níveis nos quais as respostas de *coping*, as estratégias de enfrentamento e os processos de adaptação se interligam (Ramos et al., 2015).

Desde modo, na base do sistema hierárquico encontram-se as respostas de *coping*, ou seja, os comportamentos do indivíduo (aquilo que ele faz ou pensa) ao lidar com situações geradoras de stress, que inclui comportamentos, cognições, emoções e aspetos fisiológicos (Ramos et al., 2015).

No nível seguinte, encontram-se as estratégias de enfrentamento que categorizam as respostas de *coping* com base no seu objetivo, significado ou função. Enquanto no topo da hierarquia, encontram-se as famílias de *coping* que promovem o processo adaptativo (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Ramos et al., 2015).

De acordo com esta teoria, o *coping* é ativado quando uma determinada experiência é interpretada pelo indivíduo como um desafio ou ameaça, tanto ao self quanto ao contexto, comprometendo pelo menos uma das suas necessidades psicológicas básicas, designadamente a: necessidade de relacionamento (manter relacionamentos interpessoais de proximidade, sentir-se valorizado e capaz de amar e sentir-se conectado de forma segura); a necessidade de competência (ser eficiente nas interações com o ambiente, obtendo resultados favoráveis e prevenindo os desfavoráveis) e a necessidade de autonomia (ter capacidade de tomada de decisão) (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2016; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994).

De acordo com os autores, os processos adaptativos desencadeados perante o evento adverso pressupõem o restabelecimento dessas necessidades psicológicas básicas (Ramos et al., 2015). Como tal, os processos adaptativos relacionados com a necessidade de relacionamento envolvem estratégias para fortalecer a confiança em si próprio e em terceiros; os processos adaptativos relacionados com a necessidade de competência, envolvem estratégias de *coping* para coordenar ações e influenciar o ambiente bem como para aproveitar os recursos disponíveis na sociedade; e os processos adaptativos associados à necessidade de autonomia, abrangem estratégias para alinhar preferências e opções disponíveis que facilitem o processo de tomada de decisão (Skinner et al., 2003).

A TMC organiza assim, as estratégias de *coping* em 12 famílias de acordo com o desfecho adaptativo esperado: positivo que integra a autoconfiança, a procura de apoio, a resolução de problemas, a procura de informações, a negociação e a acomodação; e negativo, que integra a oposição, delegação, fuga, desamparo, isolamento e submissão (Ramos et al., 2015).

A Tabela 1 representa a relação estabelecida entre as famílias de *coping* preconizadas na TMC com a perceção do evento adverso, impacto na satisfação das necessidades psicológicas básicas e processo adaptativo resultante.

**Tabela 1 – Famílias de *Coping*: Relação entre a avaliação do evento stressor, necessidade básica e**

**processo adaptativo**

<b>Família de <i>coping</i></b>	<b>Avaliação do stressor</b>	<b>Necessidade básica</b>	<b>Processo adaptativo</b>
Autoconfiança	Desafio ao self	Relacionamento	Coordenar a confiança e os recursos sociais disponíveis.
Procura de Apoio	Desafio ao contexto		
Delegação	Ameaça ao self		
Isolamento	Ameaça ao contexto		
Resolução de problemas	Desafio ao self	Competência	Coordenar ações e contingências no ambiente
Procura de informações	Desafio ao contexto		
Desamparo	Ameaça ao <i>self</i>		
Fuga	Ameaça ao contexto		
Acomodação	Desafio ao <i>self</i>	Autonomia	Coordenar preferências e opções disponíveis.
Negociação	Desafio ao contexto		
Submissão	Ameaça ao <i>self</i>		
Oposição	Ameaça ao contexto		

Fonte: Ramos et al. (2015) adaptado de Skinner et al. (2003) e Skinner & Zimmer-Gembeck (2007; 2010)

O trabalho iniciado por Skinner et al. (2003) possibilita categorizar e analisar diferentes estratégias de *coping*, oferecendo uma estrutura rica e detalhada para compreender como os indivíduos lidam com os eventos adversos geradores de stresse, como é o caso da vivência da doença oncológica, o que por sua vez facilita a criação de intervenções terapêuticas mais eficazes, no sentido de ajudar os utentes a desenvolverem estratégias de *coping* mais adaptativas e a melhorar o seu bem-estar geral.

### 1.3 Os Modelos Teóricos de Enfermagem

Para suportar e enquadrar a presente investigação é relevante alicerçar o conhecimento técnico e científico que dela emerge em referenciais teóricos de Enfermagem, que promovam o pensamento crítico e reflexivo e que justifiquem, estruturam e sistematizem o programa psicoterapêutico que se pretende construir enquanto uma intervenção autónoma de Enfermagem.

Neste sentido, a investigação suportou-se essencialmente em duas teorias de

enfermagem que foram consideradas mais relevantes para a análise e compreensão do fenómeno em estudo e assim responder aos objetivos preconizados, nomeadamente a Teoria das Transições e o Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem.

### 1.3.1. Teoria das Transições

A teoria das transições de Afaf Meleis enfoca o processo de mudança e adaptação ao longo do ciclo de vida, que ocorre aquando da antecipação de eventos críticos ou mudanças que afetam quer os indivíduos, quer os ambientes onde se encontram inseridos (Meleis, 2010).

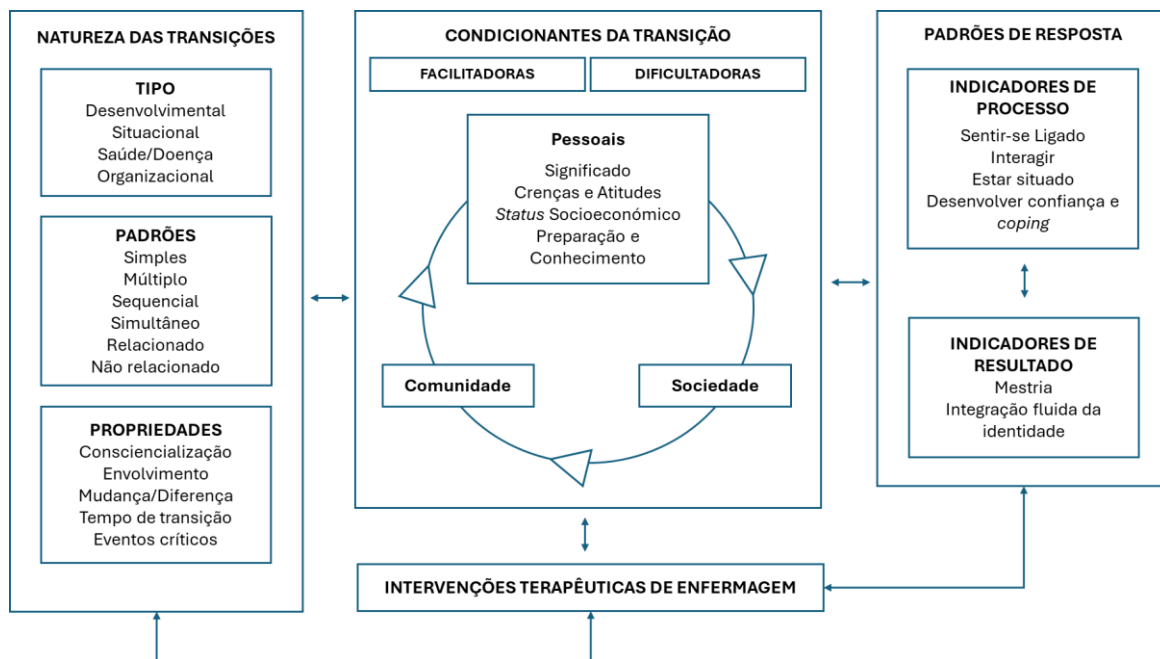
Para Meleis o utente é perspectivado como um ser humano com necessidades específicas, que está em contínua interação com o ambiente, sendo capaz de se ajustar às suas transformações; contudo, devido à doença, risco de doença ou vulnerabilidade, enfrenta ou pode enfrentar um estado de desequilíbrio (Meleis, 2007).

Neste sentido, a transição engloba os processos que integram a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para outro, referindo-se ao evento que separa dois períodos relativamente estáveis da vida de um indivíduo e que pressupõem uma reorganização e adaptação à nova fase (Chick & Meleis, 1986).

O modo como o indivíduo se adapta à mudança é determinado pela forma como as emoções e dificuldades são geridas, reconhecendo-se que as transições podem constituir-se desafios significativos para o bem-estar (Meleis, 2007).

Esta teoria incorpora quatro conceitos fundamentais: a natureza das intervenções, as condicionantes da transição, os padrões de resposta e as intervenções terapêuticas de enfermagem. Na Figura 3, encontra-se representado o diagrama que explana a teoria das transições de Meleis.

Figura 3– Diagrama adaptado da Teoria das Transições de Meleis



Fonte: Adaptado de Meleis (2010)

Neste contexto, e no que concerne à natureza das intervenções, estas podem ser classificadas quanto ao tipo, padrão e propriedades (Chick & Meleis, 1986; Meleis, 2010; Meleis et al., 2000).

A doença oncológica configura-se assim como uma transição do tipo saúde-doença, que se inicia no momento do diagnóstico e que pode durar vários anos, pelo que a categorização da mesma quanto ao padrão de transição é complexa.

No que diz respeito aos domínios funcionais, o cancro resulta em desafios a nível individual, como problemas somáticos, angústia psicológica, dúvidas existenciais e espirituais, bem como a nível interpessoal e social, como a deterioração dos relacionamentos e do funcionamento social (Lang-Rollin & Berberich, 2018; Vandendorpe et al., 2021). Como tal, o padrão de transição tende a ser múltiplo, por vezes simultâneo e inclusive, em alguns casos, com características de um padrão relacionado.

As propriedades das transições são descritas em cinco categorias: consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo de transição e eventos críticos (Meleis, 2010).

De acordo com Meleis (2010), a consciencialização remete para a perceção e reconhecimento da transição e compreensão das suas implicações, (neste caso em concreto, para a consciencialização do processo de doença); o envolvimento, para o grau de compromisso nos processos inerentes à transição, incluindo a procura de informações e o planeamento ativo; a mudança e a diferença referem-se às alterações nas identidades, papéis,

relações, capacidades e padrões de comportamento; o tempo de transição, irá depender da natureza da mudança e da resposta do indivíduo e os eventos críticos são marcadores ou eventos específicos que sinalizam mudanças ou fases dentro da transição, podendo ser pontos de viragem na experiência.

Relativamente às condicionantes da transição, verificamos que elas podem estar relacionadas com a pessoa, a sociedade ou com a comunidade, assumindo um papel facilitador ou dificultador da mesma (Meleis, 2010). Segundo Meleis (2010) as condicionantes pessoais, como o conhecimento e os significados atribuídos à doença e aos tratamentos, as crenças e atitudes adotadas, bem como o *status* socioeconómico, afetam a vivência da transição. Além disso, o suporte comunitário, como os grupos de apoio e os serviços de saúde; assim como as condições sociais, moldam significativamente a forma como a transição é vivida (Meleis, 2010).

No que se refere aos indicadores de processo, a referida teoria enfatiza a importância de sentir-se conectado ao processo de recuperação, à família, amigos e profissionais de saúde que preconiza a interação, logo o estabelecimento de relações interpessoais (Meleis, 2010). Para a autora da teoria das transições, é fundamental situar-se no processo de transição, ajustando conceitos e percepções (Meleis, 2010). Do mesmo modo que é importante o desenvolvimento da confiança e da capacidade de adaptação mediante a promoção da literacia em saúde, a utilização efetiva dos recursos disponíveis e a utilização eficaz de estratégias de enfrentamento (Meleis, 2010).

Como indicadores de resultado o principal objetivo da transição preconiza a adaptação efetiva ao processo de mudança, que requer mestria e a integração da experiência vivida, ressignificando-a na nova identidade (Meleis, 2007, 2010).

O *coping* revela-se assim, o principal mecanismo de mediação nas situações de stresse e crise tendo um papel importante na facilitação da adaptação ao evento (Song et al., 2022). Para Meleis (2007, 2010), o *coping* assume-se como indicador importante no processo de transição, sinalizando se a pessoa está no caminho da saúde ou em direção a uma maior vulnerabilidade, sendo o desenvolvimento da capacidade de lidar com problemas um resultado esperado de uma transição saudável.

Neste sentido, a teoria das transições é particularmente útil para entender de que modo as pessoas com doença oncológica vivem e respondem às mudanças associadas à doença e ao tratamento e de que modo as intervenções de enfermagem podem ajudar a assegurar uma transição positiva e a potenciar ganhos em saúde.

### 1.3.2. Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem

Apesar da publicação do regulamento n.º 129/2011 que regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, nas quais está definido de forma clara a competência para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico; a mesma não era sustentada por nenhum modelo de intervenção psicoterapêutica criado por enfermeiros e/ ou baseado no conhecimento de Enfermagem (Sampaio et al., 2014).

O desenvolvimento do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, embora recente, revelou-se especialmente relevante no contexto da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em Portugal, no sentido de estruturar e sistematizar a intervenção psicoterapêutica enquanto intervenção autónoma de Enfermagem, o que reforça a Enfermagem enquanto disciplina e profissão (Sampaio et al., 2018).

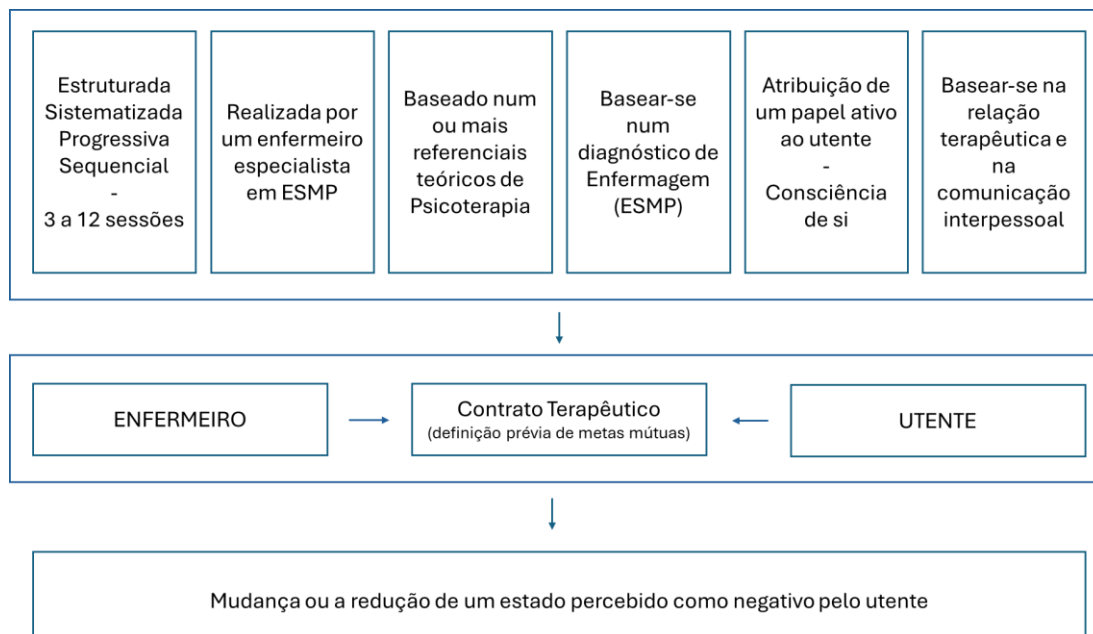
Os seus contributos teóricos revelam-se substanciais, por se basearem numa combinação de técnicas de diferentes escolas de psicoterapia, que foram adaptadas para o contexto da enfermagem (Norcross, 1990; Sampaio et al., 2018), e que possibilitaram a construção de uma base teórica sólida, que orienta as intervenções psicoterapêuticas através da definição clara e objetiva de critérios e princípios orientadores (Sampaio et al., 2018).

Sampaio et al. (2014, p. 718) defendem que a intervenção de enfermagem só poderá ser considerada psicoterapêutica se tiver características específicas:

- (a) ser estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial;
- (b) ser baseada em um ou mais racionais teóricos de psicoterapia;
- (c) ser uma intervenção na qual o utente apresenta um papel ativo e tem alguma consciência de si;
- (d) ter como objetivo a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente, por via da definição prévia de metas mútuas entre o enfermeiro e o utente.

De forma sumária, a intervenção psicoterapêutica tem como ponto de partida um diagnóstico de Enfermagem que se baseia inteiramente em taxonomias de Enfermagem, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), a NANDA *International*, Inc. (NANDA-I), a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). Podendo ser alocadas ao modelo, todas as intervenções psicoterapêuticas realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP (Sampaio et al., 2018). A Figura 4 facilita a conceptualização teórica e os princípios orientadores do referido modelo.

**Figura 4 - Princípios orientadores das intervenções psicoterapêuticas em enfermagem**



Fonte: Adaptado de Sampaio et al. (2018)

O modelo propõe que, na sessão 0, o utente seja avaliado para verificar se cumpre os critérios de inclusão e não apresenta critérios de exclusão para a intervenção (cf. Tabela 2).

**Tabela 2– Domínios da avaliação inicial e critérios de exclusão**

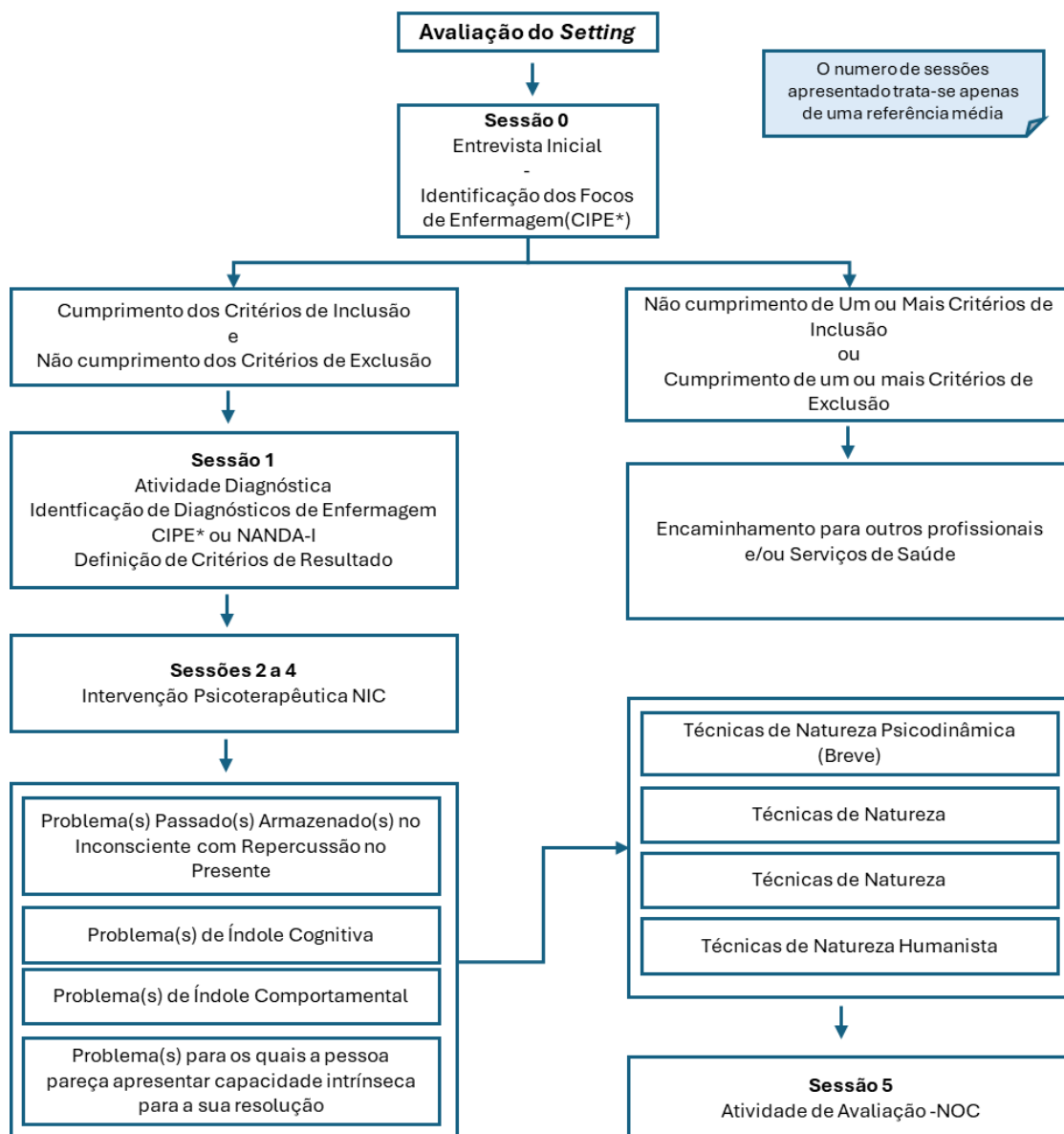
AVALIAÇÃO INICIAL E DOMÍNIOS A CONSIDERAR	
Comportamento	Preservação do <i>status</i> mental
Processos de Pensamento	Linguagem
Estado afetivo	Dificuldades de perceção
Memória	<i>Status</i> físico e satisfação das necessidades
Capacidade de Adaptação	Capacidade Funcional
Aparência física	Necessidade de conhecimentos em saúde
Risco de Agressão auto ou heterodirigida	-
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE UTENTES	
Estado confusional	Défice Cognitivo Grave
Agitação Psicomotora	Sintomatologia heteróloga grave

Fonte: Sampaio et al. (2018)

Após a determinação dos diagnósticos de enfermagem mais relevantes (segundo a CIPE® ou NANDA-I), é essencial compreender a origem dos problemas e, com base nessa compreensão, selecionar as intervenções psicoterapêuticas de enfermagem (NIC) a serem implementadas (essa escolha deve seguir as orientações da obra "Ligações NANDA NOC-

NIC: Condições clínicas: Suporte ao raciocínio e assistência de qualidade) (Sampaio et al., 2018). A Figura 5 esquematiza a abordagem integrativa do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem.

Figura 5 - Abordagem integrativa do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem



Fonte: Adaptado de Sampaio et al. (2018)

A intervenção psicoterapêutica de Enfermagem enquanto competência específica do enfermeiro especialista em ESMP preconiza fomentar a mudança ou diminuir um estado percebido pelo utente como negativo, através da definição conjunta de metas entre o utente e o enfermeiro (Sampaio et al., 2014).

Neste sentido, considera-se pertinente a aplicação do Modelo de Intervenção

Psicoterapêutica em Enfermagem publicado por Sampaio et al. (2018) na população de pessoas com doença oncológica, como forma de promover o processo de *coping* e assim facilitar a transição de um estado percebido como negativo para outro de menor sofrimento emocional, o que se alinha com a teoria das transições de Afaf Meleis.

Deste modo, o enfermeiro especialista em ESMP, ao aplicar na prática clínica um conjunto de conhecimentos humanos, técnicos e científicos, e ao evidenciar capacidade de tomada de decisão e juízo crítico, demonstra ser detentor de competências específicas que lhe permitem intervir na crise secundária à vivência da doença oncológica e capacitar para um processo de adaptação eficaz, atenuando o impacto emocional negativo da doença e contribuindo para a qualidade de vida desta população (Maheu et al., 2023; Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A literatura tem destacado o papel do enfermeiro especialista em ESMP na realização de intervenções psicoterapêuticas, no sentido de facilitar a aceitação do diagnóstico, prevenir perturbações psicológicas graves e intervir perante respostas desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento e doença mental (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Sampaio et al., 2023).

Através da utilização de métodos clínicos e interpessoais para modificar comportamentos, cognições e emoções conforme as necessidades e objetivos predefinidos, constata-se que a intervenção psicoterapêutica possui o potencial de responder eficazmente às necessidades emocionais (Norcross, 1990).

A investigação nesta área, revela-se uma mais-valia na identificação e validação das intervenções que efetivamente agregam valor e qualidade aos cuidados prestados pelos enfermeiros especialistas em ESMP às pessoas com doença oncológica.

**CAPÍTULO 2 - ESTUDO EMPÍRICO: CONSTRUÇÃO  
DE UM PROGRAMA PSICOTERAPÊUTICO DE  
ENFERMAGEM PROMOTOR DO COPING NA PESSOA  
ADULTA COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

## **2.1. Desenho da Investigação**

Neste capítulo, detalharemos as opções metodológicas selecionadas nas quatro etapas desenvolvidas, para formular os construtos necessários, de modo a responder à questão de investigação que emerge e que se depreende com: “qual a estrutura e conteúdo a considerar na elaboração de um programa psicoterapêutico de enfermagem, promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica?”

A natureza indutiva da investigação qualitativa torna necessário levantar algumas questões sobre o processo pelo qual o objeto do estudo é construído, pelo que o desenho escolhido deve ser apropriado para os fins do estudo, de modo a que permita responder as questões da investigação (Pontífice Sousa & Ferrito, 2022).

Partindo desta questão de investigação, o estudo teve como objetivo geral: construir um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica.

Na etapa I foi efetuado um estudo exploratório mediante a realização de uma *scoping review* que visou mapear e analisar as intervenções e programas de enfermagem assentes na promoção do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica.

Na etapa II e III foram elaborados dois estudos exploratórios qualitativos independentes com recurso à técnica de grupo focal, na etapa II com utentes e na etapa III com enfermeiros peritos, de modo a determinar a estrutura e elementos-chave a considerar na construção do programa psicoterapêutico em estudo.

Sendo que na etapa IV procedeu-se à modelagem efetiva do programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica, o qual seguiu os pressupostos defendidos pelo Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Sampaio et al. (2018).

Esta investigação mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (Parecer nº 002/23) (cf. Anexo A) e seguiu rigorosamente com os pressupostos éticos, conforme a Lei n.º 58/2019 referente ao Regime Geral da Proteção de Dados (RGDP), a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

A participação nos grupos focais foi voluntária, sendo que os participantes foram devidamente informados sobre as questões metodológicas inerentes à recolha, análise, processamento e armazenamento dos dados (cf. Anexo B e C) tendo para o efeito assinado o consentimento livre e esclarecido (cf. Anexo D). Do mesmo modo que a colaboração com a associação de apoio a doentes oncológicos, foi voluntária em prol da causa (cf. Anexo E e

F). Nenhuma das etapas que se seguem auferiu quaisquer benefícios ou contrapartidas financeiras.

## **2.2. Etapa I - Intervenções de Enfermagem Promotoras do Coping na Pessoa Adulta com Doença Oncológica – Uma Scoping Review**

O cancro é uma doença que resulta de uma proliferação descontrolada por células transformadas sujeitas à evolução pela seleção natural, que impacta a nível físico, mas que também afeta profundamente a saúde mental não apenas da pessoa, mas de todos à sua volta (Brown et al., 2023)

O seu diagnóstico continua a ser considerado um evento de vida adverso que implica um ajustamento emocional, que não raras vezes, impacta negativamente na qualidade vida da pessoa com doença oncológica e que pode afetar negativamente a sua sobrevivência (Kissane, 2009).

De acordo com alguns estudos, uma em cada duas pessoas com doença oncológica apresenta níveis significativos de *distress* que comprometem a sua capacidade para enfrentar a doença, os tratamentos e os efeitos secundários inerentes (Mehnert et al., 2018; Riba et al., 2023).

Embora a incidência das doenças oncológicas esteja progressivamente a aumentar, constatamos que cada vez mais pessoas sobrevivem ao cancro ou convivem com a doença durante longos períodos (Lang-Rollin & Berberich, 2018). O que enfatiza a importância de intervenções que reduzam o risco de problemáticas de saúde mental a longo prazo (Comissão Europeia, 2022).

Lidar com doenças crónicas implica um processo de adaptação em diversos domínios da vida, sendo as intervenções promotoras da adaptação à doença oncológica consideradas um indicador da qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde em geral, e pelos Enfermeiros em particular (Greally et al., 2020; Holland et al., 2015; Jacobsen & Jim, 2008).

### **2.2.1. Metodologia**

A presente *scoping review* foi conduzida com recurso à metodologia sugerida pelo *Joanna Briggs Institute (JBI)* e de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Peters et al., 2024), com o objetivo de mapear as intervenções e programas de enfermagem na promoção do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica.

Este tipo de investigação possibilita uma análise descritiva no âmbito das evidências disponíveis acerca de um tema específico, permitindo sintetizar os resultados obtidos, identificar lacunas de conhecimento e inclusive sugerir investigações futuras.

A questão de investigação que se coloca nesta revisão, depreende-se com “quais as intervenções e programas de enfermagem que promovem o *coping* na pessoa adulta com doença oncológica?”

Os critérios de elegibilidade foram definidos com base na mnemónica PCC (população, conceito e contexto) de acordo com a metodologia proposta pelo JBI (Peters et al., 2024). Relativamente à população, (P), foram incluídos registos cujas intervenções terapêuticas se dirigiam a adultos com doença oncológica independentemente do tipo de cancro e/ou estadio da doença. No que concerne ao conceito (C), foram incluídos registos que abordavam intervenções ou programas de enfermagem centrados na promoção do *coping* independentemente da tipologia das intervenções implementadas (psicoeducacionais, psicoterapêuticas, psicossociais ou socioterapêuticas). Quanto ao contexto (C), foram considerados todos os contextos de intervenção, sem qualquer limitação. Foram ainda incluídos estudos quantitativos, qualitativos e mistos de qualquer nível de evidência.

Em termos dos critérios de exclusão, foram excluídos todos os registos que não contemplavam intervenções de enfermagem; que se centravam somente nos familiares, parceiros e/ou cuidadores; assim como os registos cujas intervenções terapêuticas eram dirigidas a crianças e adolescentes atendendo à elevada especificidade da intervenção.

De modo a obter dados recentes, mas também relevantes foi aplicado o filtro temporal de 1 de fevereiro de 2019 a 1 de fevereiro de 2024.

A pesquisa foi realizada via EBSCOhost Web® com recurso às bases de dados: CINAHL Ultimate®, MedicLatina®, MEDLINE®, Library, Information Science & Technology Abstracts e Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, utilizando a equação booleana: (((Neoplasms) OR (Cancer) OR (“Cancer Patient”\*)) NOT (Child\*)) AND ((Adaptation) OR (Psychological) OR (*Coping*)) AND ((Nursing) OR (“Nursing care”))).

Para pesquisa na base da dados Cochrane Library®, e atendendo à sua estrutura específica de catalogação e indexação de dados foi utilizada uma equação booleana adaptada para maximizar a sensibilidade e precisão da pesquisa (Lefebvre et al., 2019), designadamente: (Neoplasms OR Cancer OR “Cancer Patient” NOT Child) AND (Adaptation, Psychological OR *Coping*) AND (Nursing OR “Nursing care”).

Os resultados da pesquisa foram exportados para o *software Rayyan*, sendo os

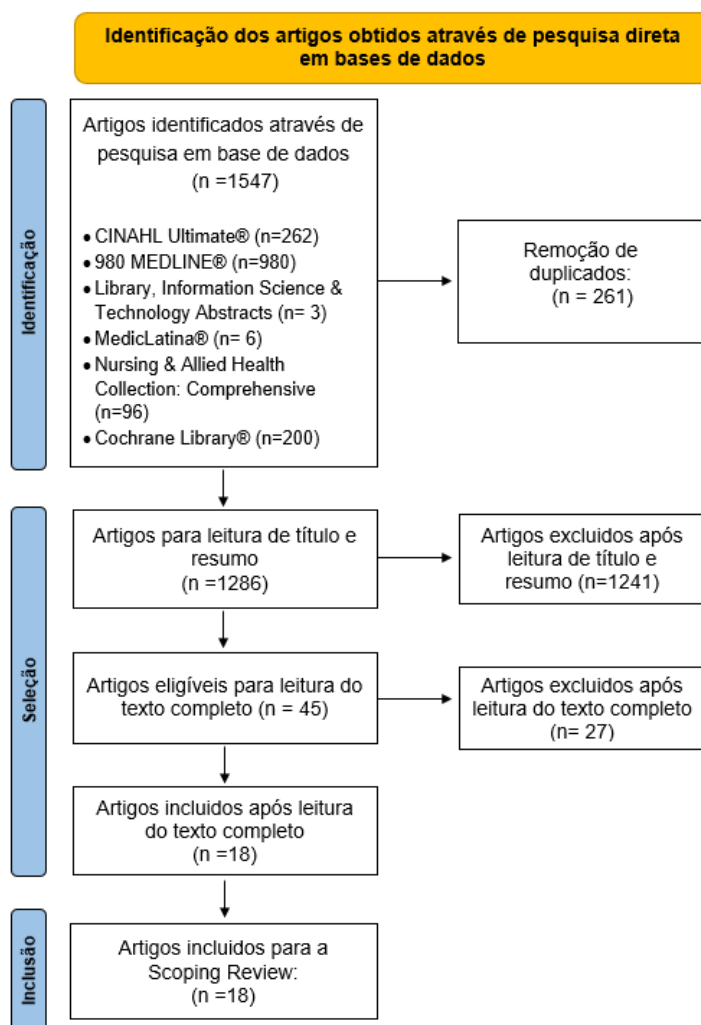
duplicados eliminados. A revisão contou com dois revisores independentes que analisaram os registos selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos, sendo as divergências resolvidas por consenso ou mediante a consulta de um terceiro revisor. A seleção dos registos ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, foi efetuada uma leitura dos títulos e resumos, eliminando aqueles que não cumpriam os critérios de inclusão. Na segunda etapa, efetuou-se a leitura dos textos completos para aferir o cumprimento dos critérios de inclusão estabelecidos.

Para o mapeamento dos dados, foram desenvolvidos instrumentos de colheita pelos revisores e a informação foi detalhada em formato narrativo, discutindo os resultados e a sua relação com os objetivos de investigação. A análise ocorreu em duas fases: a primeira envolveu uma análise descritiva das características metodológicas dos registos obtidos, incluindo: ano, origem, desenho do estudo, tipo e fase da doença e amostra. A segunda fase, classificou a evidência em quatro grupos relacionados com as intervenções de enfermagem: tipologia, formato, frequência e instrumentos de avaliação. Esta revisão foi registada na plataforma Open Science Framework com o número de registo osf.io/tucma (Pereira, et al., 2024).

### 2.2.2. Resultados

Na pesquisa inicial foram obtidos 1547 registos, 262 dos quais da CINAHL Ultimate®; 980 da MEDLINE®, 3 da Library, Information Science & Technology Abstracts; 6 da MedicLatina®, 96 da Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e 200 da Cochrane Library®. Dos 1547 registos obtidos, 261 eram duplicados e como tal foram eliminados. Após a eliminação dos duplicados, foram identificados 1286 registos para leitura e análise, culminando com a inclusão final de dezoito registos. A Figura 6 representa o fluxograma PRISMA-ScR do processo de seleção e inclusão dos registos.

Figura 6 - Fluxograma PRISMA extension for scoping reviews



A análise dos 18 registros, possibilitou aferir sobre a operacionalização dos programas de intervenção inerentes à promoção do *coping* nas pessoas com doença oncológica, descrevendo metodologias, estruturas, intervenções de enfermagem e características da população alvo em termos do tipo e fase da doença.

Na Tabela 3 serão apresentados de forma breve os principais registros encontrados, explanando os seus principais objetivos e resultados obtidos.

**Tabela 3 - Registos incluídos na Scoping Review**

	<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados/Conclusões</b>
1	<b>(Pourfallahi et al., 2020)</b>	Analisar o impacto de um programa de apoio informativo e emocional, implementado por enfermeiros, nas perceções da doença e na gestão emocional de pessoas com doença oncológica.	Um programa informativo e de apoio emocional de 10 semanas, implementado por enfermeiros, pode levar a mudanças nas perceções da doença sem alterar a eficácia da gestão emocional.
2	<b>(Sowada, 2019)</b>	Realizar uma revisão integrativa da literatura que reforce a evidência científica inerente à prática e aos ganhos em saúde do <i>qigong</i> na pessoa com doença oncológica, com ênfase para a gestão da fadiga secundária ao processo de doença.	A análise dos 22 estudos indicou que o uso do tai chi e do <i>qigong</i> melhora significativamente a fadiga, a depressão, as alterações no padrão de sono e a qualidade de vida geral nas pessoas com doença oncológica.
3	<b>(Samami et al., 2021)</b>	Investigar o efeito de um programa promotor das estratégias de <i>coping</i> e de gestão do stresse nas mulheres com cancro de mama.	O programa mostrou um aumento significativo do <i>coping</i> focado no problema, mas uma diminuição na pontuação do <i>coping</i> focado na emoção. Isso pode ser explicado pela fase do processo patológico, número limitado de sessões, curto intervalo entre as sessões e menor tamanho da amostra.
4	<b>(Chow et al., 2020)</b>	Avaliar os efeitos de um programa de intervenção psicoeducacional focado na incerteza da doença, na ansiedade e no funcionamento sexual numa <i>coorte</i> de utentes de nacionalidade chinesa com cancro ginecológico.	Os utentes que receberam intervenção psicoeducacional relataram reduções significativamente maiores na ambiguidade, inconsistência e incerteza geral na doença, bem como maior probabilidade de serem sexualmente ativos, aumento da libido pelos parceiros e maior intimidade entre o casal.
5	<b>(H. L. Chen et al., 2021)</b>	Avaliar a viabilidade e eficácia preliminar da intervenção do programa psicoeducacional FOCUS implementado por enfermeiros num hospital de dia de oncologia aos utentes e familiares.	Os resultados indicaram aumento da autoeficácia quer nos utentes quer nos cuidadores, maior bem-estar emocional nos utentes e maior qualidade de vida nos cuidadores bem como diminuição do uso de substâncias por estes.
6	<b>(Pace et al., 2019)</b>	Comparar a aceitabilidade e eficácia do Treino da Compaixão Baseado na Cognição com a Educação para a Saúde no Cancro para melhorar os sintomas depressivos e outros domínios da qualidade de vida em sobreviventes de cancro e cuidadores informais. Bem como determinar a relação entre os resultados que advêm dos cuidados de saúde recebidos com os biomarcadores de inflamação e ritmo diurno de cortisol.	Este estudo prevê determinar se o Treino da Compaixão Baseado na Cognição será mais eficaz do que a Educação para a Saúde no Cancro na melhoria dos sintomas depressivos e da qualidade de vida bem como, na otimização dos resultados dos biomarcadores de inflamação e do ritmo diurno de cortisol.
7	<b>(Hamidian et al., 2019)</b>	Determinar o efeito do treino cognitivo-comportamental no crescimento pós-traumático nas mulheres com cancro de mama orientadas para tratamento de QT.	A intervenção cognitivo-comportamental demonstrou ter um efeito positivo e significativo no crescimento pós-traumático em mulheres com cancro da mama

8	(Fergus, Tanen, et al., 2022)	Examinar as percepções dos participantes sobre: a estrutura e o conteúdo da intervenção online; o valor de incluir um facilitador profissional; e benefícios e desvantagens do programa CoupleLinks.	O estudo explora os benefícios do uso da plataforma <i>Couplelinks</i> para casais, destacando seu papel na promoção de canais de comunicação abertos, na criação de momentos de qualidade compartilhada, na evocação de sentimentos de união e no estímulo a novos insights sobre o relacionamento. Esses benefícios posicionam as intervenções on-line como uma alternativa viável e flexível ao aconselhamento tradicional para casais, oferecendo uma abordagem acessível e adaptável às necessidades contemporâneas.
9	(M. Chen et al., 2022)	Avaliar a viabilidade e aceitabilidade do programa Caring for Couples <i>Coping with Colorectal Cancer</i> (4Cs: CRC)	Pretende demonstrar que o programa Caring for Couples <i>Coping with Colorectal Cancer</i> (4Cs: CRC) pode apoiar de forma efetiva os casais que lidam com o Cancro Colo Rectal na China continental.
10	(Lai et al., 2021)	Determinar a eficácia das técnicas cognitivas comportamentais (TCC) na melhoria da qualidade do sono, na ansiedade, na depressão e na saúde dos indivíduos com cancro de mama.	Os resultados sugerem que as TCC aumentam a qualidade do sono, reduzem a ansiedade e os sintomas depressivos, otimizam as habilidades de enfrentamento dos utentes e consequentemente, melhoraram a sua QV.
11	(Nasution et al., 2020)	Este estudo tem como objetivo determinar a eficácia da intervenção espiritual no enfrentamento e no bem-estar espiritual dos utentes com cancro ginecológico.	Este estudo evidenciou que o <i>coping</i> e o bem-estar espiritual no grupo de intervenção aumentaram significativamente após receber a intervenção espiritual. A primeira e a terceira sessão preconizam a promoção do <i>coping</i> focado na emoção, enquanto a segunda e a quarta sessão o <i>coping</i> focado no problema.
12	(Matthys et al., 2021)	Avaliar o estudo DIAdIC, que determinará a eficácia de duas intervenções psicossociais e educacionais destinadas a melhorar o funcionamento emocional e a autoeficácia da díade utente-cuidador familiar.	Este estudo pretende determinar qual a tipologia de intervenção que promove melhores resultados no domínio do funcionamento emocional e da autoeficácia da díade utente-cuidador/ familiar.
13	(Johns, Beck-Coon, et al., 2020)	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e efeitos preliminares de uma intervenção baseada em <i>mindfulness</i> para facilitar a planificação antecipada de cuidados (PAC) para adultos com cancro avançado e seus familiares/ cuidadores.	A intervenção de <i>mindfulness</i> revelou viabilidade e aceitabilidade promovendo melhorias na planificação antecipada de cuidados (PAC) e resultados associados para utentes e cuidadores/familiares, embora seja sugerido a realização de um estudo randomizado.
14	(Lambert et al., 2021)	Testar a aceitabilidade e fiabilidade do programa TEMPO (Tailored, wEb-based, psychosocial, and physical activity self-Management) para homens com cancro da próstata e seus cuidadores.	O programa TEMPO prevê determinar se o programa TEMPO promove melhorias na autogestão psicossocial e na atividade física dos homens com cancro da próstata e seus cuidadores e/ou familiares.
15	(Kim & Yoo, 2022)	Investigar os efeitos de um programa psicoeducacional de prática avançada liderado por enfermeiras sobre sofrimento, ansiedade, depressão, enfrentamento do cancro, comportamento de promoção da saúde e qualidade de vida nos sobreviventes de cancro colorretal.	O programa de psicoeducação teve um efeito positivo na redução do sofrimento e da ansiedade nos sobreviventes de cancro colo rectal e na melhoria da sua capacidade de lidar com a doença bem como na melhoria da sua qualidade de vida.

16	<b>(Reb, Borneman, Economou, Cangin, Cope, et al., 2020)</b>	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e efeitos preliminares de uma intervenção liderada por enfermeiros para gerir o medo da progressão do cancro em utentes com cancro avançado.	A análise mostrou melhorias ao longo do tempo no medo de progressão da doença. O treino de habilidades ajudou a controlar a ansiedade e o medo, sendo que os participantes relataram sentir-se mais calmos e concentrados.
17	(Johns, Stutz, et al., 2020)	Avaliar a viabilidade e eficácia preliminar da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) baseado em grupo para o Medo da Recorrência do Cancro (FCR) nas mulheres com cancro de mama.	O estudo mostrou que a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) em grupo é uma opção promissora para mulheres que passaram por cirurgia conservadora de mama. Demonstrou eficácia na redução do medo de recorrência do cancro e outras dificuldades psicológicas relacionadas.
18	<b>(Peixoto et al., 2023)</b>	Apresentar o protocolo de um estudo piloto cujo objetivo é avaliar a aceitabilidade e viabilidade e de uma intervenção psicoeducativa de enfermagem, destinada a promover a adaptação de sobreviventes de cancro, com foco no enfrentamento e na ansiedade.	O estudo prevê demonstrar que o programa de intervenção psicoeducativa proposto é eficaz na promoção da adaptação dos sobreviventes de cancro, com otimização das estratégias de enfrentamento e minimização da sintomatologia ansiosa.

Estes registos revelaram a integração de intervenções e programas desenvolvidos pelos enfermeiros, cuja caracterização quanto à sua designação, população-alvo, metodologia e intervenções assim como estrutura e operacionalização dos mesmos se encontra representada na Tabela 4.

Tabela 4 - Caracterização dos programas e intervenções desenvolvidos pelos enfermeiros - Parte I

Nº	AUTOR E ANO DO ARTIGO	NOME DO PROGRAMA	POPULAÇÃO-ALVO/ FASE DA DOENÇA	METODOLOGIA	ESTRUTURA DO PROGRAMA				INTERVENÇÕES
					Nº TOTAL DE SESSÕES	DURAÇÃO DAS SESSÕES/ FREQUÊNCIA	DURAÇÃO DO PROGRAMA	TIPOLOGIA DAS SESSÕES	
1	(Pourfallahi et al., 2020) - Irão -	<i>Support Care Cancer</i>	Utentes com cancro em esquema de tratamento de QT (n: 80)	Estudo quasi-experimental com pré-pós teste	5 sessões presenciais + 5 consultas telefónicas + Manual educativo	Sessões presenciais 45' a 90' Sessões telefónicas de <i>follow up</i> 7' a 10'	10 semanas	Intervenção Individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental</li> <li>a) Programa de apoio informativo-emocional (psicoeducacional e psicoterapêutico)</li> </ul>
2	(Sowada, 2019) - EUA -	<i>Qigong</i>	Gestão da Fadiga nos sobreviventes de cancro	Revisão Sistemática da Literatura	Predomínio de registos com programas de 12 sessões	Predomínio de registos com intervenção semanal	Predomínio de registos com programas de 12 semanas	Predomínio de registos com intervenções de grupo	Predomínio de registos no domínio da intervenção cognitiva comportamental
3	(Samami et al., 2021) - Irão -	<i>Supportive program on coping strategies and stress in women diagnosed with breast cancer</i>	Mulheres com cancro da mama até 1 anos após o diagnóstico em esquema de QT (n =60)	Estudo clínico randomizado controlado	6 sessões + trabalhos de casa semanais	90' semanais	6 semanas + 1 avaliação <i>follow up</i> no final do 1º mês	Intervenção de grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental</li> <li>a) Respiração Diafragmática</li> <li>b) Treino de relaxamento muscular progressivo,</li> <li>c) Treino de estratégias de <i>coping</i></li> <li>d) Gestão de Stresse</li> <li>e) Regulação emocional</li> </ul>
4	(Chow et al., 2020) - China -	PEI	Mulheres com cancro ginecológico recém-diagnosticado (até	Estudo clínico randomizado	4 sessões	1ª, 2ª e 4ª: Sessões (Presenciais de 45' a 60')	12 semanas	Intervenção Individuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção psicoeducacional</li> </ul>

			pelo menos 3 meses após o diagnóstico) (n = 202)			3ª: (Sessão telefónica de 20 a 35')			
5	(Chen et al., 2021) - EUA -	FOCUS	Utentes adultos com cancro e seus cuidadores/familiares (n=30 díades) (n=60)	Estudo piloto pré/pós-intervenção	3 sessões	2 VD's de 90' com 6 semanas de intervalo) + 1 sessão telefónica de 30 minutos entre as VD's. + Material educativo	6 a 9 semanas de intervenção	Intervenção diádica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental</li> <li>a) Intervenção psicossocial</li> <li>b) Entrevista Motivacional;</li> <li>c) Relação de ajuda</li> <li>d) Intervenção psicoeducativa</li> </ul>
6	(Pace et al., 2019) - EUA -	CBCT (Treino em compaixão baseado na cognição) + CHE ( <i>Cancer Health Education</i> )	Sobreviventes de Tumores Sólidos que concluíram os tratamentos à exceção da HT e seus cuidadores/familiares (n= 40 díades)	Estudo clínico randomizado	CBCT e CHE 8 sessões presenciais + material áudio	120'/semana + 10' trabalho de casa + Contactos telefónicos	8 semanas + <i>follow up</i> às 9 e 13 semanas pós intervenção	Intervenção diádica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental</li> <li>a) Treino em compaixão baseado na cognição e psicoeducação</li> </ul>
7	(Hamidian et al., 2019) - Irão -	<i>Cognitive Emotional Training on Post-traumatic Growth</i>	Utentes com Cancro de Mama (n=85)	Estudo quasi experimental	5 sessões (2x/semana)	60 a 90'	3 semanas	Intervenção de Grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental</li> <li>a) Treino cognitivo-emocional no crescimento pós-traumático.</li> </ul>
8	(Fergus et al., 2022) - Canadá -	<i>Couplelinks</i>	Casais jovens lidando com o cancro de mama em esquema de QT (n=86) (23 díades e 7 individuais)	Estudo clínico randomizado	6 módulos online assíncronos	Sessões online assíncronas + trabalhos de casa semanais + <i>follow up</i> telefónico	8 semanas	Intervenção diádica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção psicoeducacional</li> <li>a) Treino comunicação assertiva</li> </ul>
9	(Chen et al., 2022)	<i>'Caring for Couples Coping</i>	Casais lidando com Cancro Colo-Rectal	Estudo Piloto	5 sessões online/sema	Sessões Presenciais nas	6 semanas	Intervenção diádica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental</li> </ul>

	- China -	with Colorectal Cancer "4Cs: CRC" Program'	(n= 20 díades)		nais + 3 sessões presenciais/ bisemanais	semanas 2,4,6 (60' a 90')			
10	(Lai et al., 2021) - Taiwan -	Cognitive Behavioral Therapy plus Coping Management for Depression and Anxiety (CBTM)	Utentes com cancro da mama durante o período de recuperação. Grupo experimental (n= 36), grupo controlo (n= 34)	Estudo Experimental	12 sessões / semanais	2h	12 semanas	Intervenção de grupo (grupos de 17 a 18 participantes max.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental focada na identidade</li> <li>a) Treino de resolução de problemas,</li> <li>b) Reestruturação de crenças disfuncionais,</li> <li>c) Promoção do <i>coping</i>,</li> <li>d) Técnicas de relaxamento e reabilitação.</li> <li>e) Gestão de sintomas</li> </ul>
11	(Nasution et al., 2020) - Indonésia -	Spiritual Intervention toward Coping and Spiritual Well-being	Utente com cancro ginecológico (n=108)	Estudo quantitativo quasi experimental com pré e pós testes	4 sessões	60' a 90'	2 semanas	Intervenção de Grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção Psicoterapêutica com foco na espiritualidade:</li> <li>a) Técnicas de relaxamento,</li> <li>b) Treino comunicação assertiva</li> <li>c) Promoção do <i>coping</i></li> </ul>
12	(Matthys et al., 2021) - Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Itália, Países Baixos e Reino Unido	FOCUS + iFOCUS DIAdIC	Utente com cancro avançado e seu cuidador direto / familiar	Ensaio clínico multicêntrico internacional randomizado de três braços	FOCUS:2 VD's + sessão online iFOCUS: 4 sessões online	FOCUS + (2 VD's 90') + sessão vídeo 30' iFOCUS – 30'	12 semanas	Intervenção diádica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental</li> <li>a) Promoção do Processo familiar,</li> <li>b) Reestruturação cognitiva,</li> <li>c) Promoção do <i>coping</i>,</li> <li>d) Regulação emocional</li> <li>e) Gestão de sintomas,</li> <li>f) Treino de resolução de problemas.</li> </ul>

13	(Johns et al., 2020a) - EUA -	MODEL Care - Mindfully Optimizing Delivery of End-of-Life Care	Adultos com cancro metastático e seus cuidadores (n=13 díades) / (n=26)	Estudo piloto não randomizado de braço único	6 sessões + exercícios para casa:	120' sessões semanais +20'/diários de <i>mindfulness</i>	6 semanas	Intervenção diádica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção Psicoterapêutica:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>Treino de <i>mindfulness</i>/ Atenção Plena,</li> <li>Treino de eficácia interpessoal</li> <li>Treino de comunicação assertiva</li> </ol> </li> </ul>
14	(Lambert et al., 2021) - Canadá -	TEMPO	Utentes com cancro de próstata e seus cuidadores	Ensaio clínico randomizado piloto multicêntrico, estratificado, paralelo, com dois grupos.	5 Módulos online assíncronos + Biblioteca digital	Intervalo sugerido de 2 semanas entre módulos; notificações por email se período superior"	10 Semanas	Intervenção diádica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção cognitiva comportamental                     <ol style="list-style-type: none"> <li>Gestão de sintomas físicos,</li> <li>Gestão de stresse,</li> <li>Treino de comunicação assertiva,</li> <li>Treino de resolução de problemas,</li> <li>Apoio no processo de tomada de decisão.</li> </ol> </li> </ul>
15	(Kim & Yoo, 2022) - Correia do Sul -	Programa psicoeducacional de prática avançada conduzido por enfermeiros	Sobreviventes de Cancro Colo Rectal (n=39)	Estudo quasi-experimental com pré e pós-teste	6 sessões	120' - 1vez/semana	6 semanas	Intervenção mista: 5 sessões de grupo + 1 sessão individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção Psicoterapêutica:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>Treino de habilidades de enfrentamento/ <i>coping</i></li> <li>Treino de resolução de problemas,</li> <li>Gestão de stresse e regulação emocional.</li> </ol> </li> </ul>
16	(Reb et al., 2020) - EUA -	Day By Day (DBD)	Utentes com cancro ginecológico ou de pulmão em estadio III ou IV (n = 31) com níveis disfuncionais de medo de progressão	Estudos mistos de grupo único	7 sessões por videoconferência/ telefone (1ª avaliação presencial seguida de	A duração média da primeira sessão foi de 60,7 minutos e de 49,4 minutos para as sessões	8 semanas	Intervenção individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção Psicoterapêutica:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>Reestruturação Cognitiva</li> <li>Modificação de comportamento</li> <li>Terapia de</li> </ol> </li> </ul>

			ou sofrimento emocional.		seis sessões não presenciais)	de dois a sete.			relaxamento/Treino em atenção Plena d) Apoio na Toma de decisão
17	<b>(Johns et al., 2020b)</b> - EUA -	Programa de intervenção de Grupo baseado da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)	Utente pós-tratamento de cirurgia conservadora de mama com medo de recorrência do cancro.	Ensaio Clínico Randomizado em três braços	(ACT) - 6 sessões	(ACT) 120' (1vez/semana)	(ACT + Sessões de Educação) 6 semanas	Intervenção de grupo	• Intervenção Psicoterapêutica: Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT),
18	<b>(Peixoto et al., 2023)</b> - Portugal -	Intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação nos sobreviventes	Sobreviventes de cancro	Protocolo de Estudo Piloto	8 sessões	Intervenção de Grupo (1,3,5 e 7) - 60' Intervenção individual ou diádica (2,4,6 e 8) - 30'	8 semanas	Intervenção Mista	• Intervenção Psicoeducacional

A maioria dos registos incluídos nesta revisão foram publicados em 2020 (n=6) (Chow et al., 2020; Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Nasution et al., 2020; Pourfallahi et al., 2020; Reb et al., 2020); cinco em 2021 (Chen et al., 2021; Lai et al., 2021; Lambert et al., 2021; Matthys et al., 2021; Samami et al., 2021); três em 2022 (Chen et al., 2022; Fergus et al., 2022; Kim & Yoo, 2022), três em 2019 (Hamidian et al., 2019; Pace et al., 2019; Sowada, 2019) e um em 2023 (Peixoto et al., 2023).

Os EUA apresentam uma maior prevalência de evidência científica nesta temática (n=6) (Chen et al., 2021; Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Pace et al., 2019; Reb et al., 2020; Sowada, 2019) Seguindo-se o Irão com três registos (n=3) (Hamidian et al., 2019; Pourfallahi et al., 2020; Samami et al., 2021); Canadá (Fergus et al., 2022; Lambert et al., 2021) e China (Chen et al., 2022; Chow et al., 2020) com dois registos cada. Taiwan (Lai et al., 2021), Indonésia (Nasution et al., 2020), Coreia do Sul (Kim & Yoo, 2022) e Portugal Portugal (Peixoto et al., 2023) com um registo cada. Além de um registo que envolveu diversos países, Bélgica, Dinamarca, Irlanda, Itália, Países Baixos e Reino Unido (Matthys et al., 2021).

Em termos da metodologia mais utilizada, os estudos clínicos randomizados assumiram a primeira posição (n=7) (Chow et al., 2020; Fergus et al., 2022; Johns et al., 2020b; Lambert et al., 2021; Matthys et al., 2021; Pace et al., 2019; Samami et al., 2021); seguindo-se os estudos quasi-experimental (n=4) (Hamidian et al., 2019; Kim & Yoo, 2022; Nasution et al., 2020; Pourfallahi et al., 2020), os estudos piloto (n=3) (Chen et al., 2021; Chen et al., 2022; Johns et al., 2020a;) e ainda os estudos experimentais (n=1) (Lai et al., 2021), as revisões sistemáticas da literatura (n=1) (Sowada, 2019), os estudos mistos (n=1) (Reb et al., 2020) e os protocolos de estudos piloto (n=1) (Matthys et al., 2021).

Um número significativo de registos incluiu mais do que um tipo de cancro (n=8) (Chen et al., 2021; Johns et al., 2020a; Matthys et al., 2021; Pace et al., 2019; Peixoto et al., 2023; Pourfallahi et al., 2020; Reb et al., 2020; Sowada, 2019), seguindo-se os registos sobre o cancro de mama (n=5) (Fergus et al., 2022; Hamidian et al., 2019; Johns et al., 2020b; Lai et al., 2021; Samami et al., 2021), o cancro colo retal (n=2) (Chen et al., 2022; Kim & Yoo, 2022), o cancro ginecológico (n=2) (Chow et al., 2020; Nasution et al., 2020) e ainda o cancro da próstata (n=1) (Lambert et al., 2021).

A maioria dos registos considerou a intervenção na fase da doença compreendida entre o diagnóstico inicial e os tratamentos (n=7) (Chen et al., 2021; Chen et al., 2022; Chow

et al., 2020; Fergus et al., 2022; Lambert et al., 2021; Pourfallahi et al., 2020; Samami et al., 2021), sendo que seis focaram a fase de sobrevivência (n=6) (Johns et al., 2020b; Kim & Yoo, 2022; Lai et al., 2021; Pace et al., 2019; Peixoto et al., 2023; Sowada, 2019) e três a fase paliativa (n=3) (Johns et al., 2020a; Matthys et al., 2021; Reb et al., 2020). Um dos registos considerou a intervenção, quer na fase de tratamento, quer na fase de sobrevivência (Hamidian et al., 2019) e outro a intervenção independentemente da fase da doença oncológica (Nasution et al., 2020).

As amostras populacionais dos registos em análise, foram superiores a 20 participantes, sendo que o estudo com a amostra maior foi o de Chow et al., (2020) com 202 participantes.

Em termos das intervenções e abordagens para facilitar o *coping* na pessoa adulta com doença oncológica foi dado destaque às intervenções no domínio cognitivo-comportamental (n=10) (Chen et al., 2021; Chen et al., 2022; Hamidian et al., 2019; Lai et al., 2021; Lambert et al., 2021; Matthys et al., 2021; Pace et al., 2019; Pourfallahi et al., 2020; Samami et al., 2021; Sowada, 2019). Seguindo-se os programas com intervenções exclusivas no domínio psicoterapêutico (n=5) (Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Kim & Yoo, 2022; Nasution et al., 2020; Reb et al., 2020) e no domínio psicoeducacional (n=3) (Chow et al., 2020; Fergus et al., 2022; Peixoto et al., 2023).

Das intervenções psicoterapêuticas promotoras do *coping* referidas, constata-se que as técnicas de relaxamento e *mindfulness* (n=7) (Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Lai et al., 2021; Nasution et al., 2020; Reb et al., 2020; Samami et al., 2021; Sowada, 2019); a promoção do processo familiar (n=7) (Chen et al., 2021; Chen et al., 2022; Fergus et al., 2022; Johns et al., 2020a; Lambert et al., 2021; Matthys et al., 2021; Pace et al., 2019); o treino de habilidades de gestão do stresse (n=5) (Johns et al., 2020b; Kim & Yoo, 2022; Lambert et al., 2021; Samami et al., 2021; Sowada, 2019); o treino de habilidades de comunicação (n=5) (Chow et al., 2020; Fergus et al., 2022; Johns et al., 2020a; Lambert et al., 2021; Nasution et al., 2020) e a técnica de resolução de problemas (n=4) (Kim & Yoo, 2022; Lai et al., 2021; Lambert et al., 2021; Matthys et al., 2021) foram as mais enfatizadas pela comunidade científica.

Verificou-se ainda que a intervenção diádica (utente/ familiar ou cuidador) foi referida em sete registos (n=7) (Chen et al., 2021; Chen et al., 2022; Fergus et al., 2022; Johns et al., 2020a; Lambert et al., 2021; Matthys et al., 2021; Pace et al., 2019); as intervenções de grupo em seis registos (n=6), (Hamidian et al., 2019; Johns et al., 2020b; Lai et al., 2021; Nasution et al., 2020; Samami et al., 2021; Sowada, 2019); a intervenção

individual em três (n=3) (Chow et al., 2020; Pourfallahi et al., 2020; Reb et al., 2020) e a intervenção mista em dois (n=2), (Kim & Yoo, 2022; Peixoto et al., 2023).

As estratégias adotadas para a implementação das intervenções de enfermagem foram predominantemente de caráter presencial (n=13) (Chen et al., 2021; Chen et al., 2022; Chow et al., 2020; Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Kim & Yoo, 2022; Lai et al., 2021; Nasution et al., 2020; Pace et al., 2019; Peixoto et al., 2023; Pourfallahi et al., 2020; Reb et al., 2020; Samami et al., 2021), ainda que quatro registos (n=4) tenham conciliado as sessões presenciais com consultas telefónicas de seguimento (Chen et al., 2021; Chow et al., 2020; Pace et al., 2019; Pourfallahi et al., 2020). No entanto, dois registos (n=2) indicaram o recurso exclusivo às sessões online como estratégia de intervenção (Fergus et al., 2022; Lambert et al., 2021) e dois registos (n=2) contemplaram as duas modalidades (presencial e não presencial) (Chen et al., 2022; Matthys et al., 2021). A partilha de material educativo e o envio de trabalhos de casa foi identificada em cinco registos (n=5) (Chen et al., 2021; Fergus et al., 2022; Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Pace et al., 2019).

As informações relativas aos critérios de inclusão e exclusão aplicados nos programas em análise, assim como a determinação das principais limitações e respetivas sugestões de melhoria revelaram-se cruciais para uma análise mais precisa e fidedigna dos referidos programas e encontram-se resumidas na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização dos programas e intervenções desenvolvidos pelos enfermeiros - Parte II

	AUTOR E ANO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	LIMITAÇÕES	SUGESTÕES	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
1	(Pourfallahi et al., 2020)	> 18 anos de idade, diagnosticado com cancro, a ser tratado com quimioterapia durante $\geq$ 10 semanas.	Acontecimentos stressantes, emergências oncológicas, falta de capacidade de comunicação.	Falta de aleatorização, amostra limitada a um único centro, falta de dados a longo prazo, resultados não generalizáveis.	Alargar os intervalos de tempo para a recolha de dados, a fim de refletir melhor os efeitos a curto, médio e longo prazo.	IPQ-R, Brief Cope Scale;
2	(Sowada, 2019)	Combinação de qigong e fadiga relacionada com o cancro, artigos publicados em revistas académicas nos últimos cinco anos (2015-2019)	Foram excluídos protocolos de estudos, estudos de viabilidade e revisões de autores.	Investigação efectuada num número limitado de bases de dados, não menciona os instrumentos utilizados.	Alargar o número de bases de dados utilizadas para aumentar a amplitude e a robustez dos resultados	It does not mention the instruments used.
3	(Samami et al., 2021)	Nível de educação, estágio da doença I-III, quimioterapia.	Concomitantemente com outras intervenções psicoterapêuticas, sintomas psiquiátricos graves.	A perceção da doença não foi tida em conta, o que poderia enviesar os resultados.	Determinar as influências psicossociais inerentes à perceção da doença e reduzir os preconceitos.	DASS-21, WOCQ
4	(Chow et al., 2020)	Mulheres com cancro ginecológico, $\geq$ 18 anos de idade, compreensão da língua local.	Sintomas psicóticos graves, alterações cognitivas.	Recrutamento em dois hospitais, sem avaliação sexual inicial.	Efetuar uma avaliação inicial da função sexual. Reduzir os preconceitos de recrutamento.	C-MUIS, HADS, SVQ
5	(Chen et al., 2021)	Os doentes tinham de identificar um prestador de cuidados adulto disposto a participar (parceiro, filho adulto ou amigo).	Doentes com uma esperança de vida inferior a seis meses, prestadores de cuidados com um diagnóstico de cancro.	Amostra pequena, de conveniência, constituída principalmente por participantes brancos e do sexo feminino.	É necessária uma amostra maior e mais diversificada para garantir a generalização.	Brief Cope Scale; Caregiver CQOLC Index-Cancer; Lewis' Cancer Self-Efficacy Scale; FACT-G; Post Education and Training Evaluation

						Questionnaire
6	<b>(Pace et al., 2019)</b>	Cuidadores e sobreviventes $\geq 21$ anos de idade, fluentes em inglês, sinais de ansiedade e/ou depressão.	Doença mental grave, institucionalização, prática concomitante de meditação compassiva.	Dificuldades na participação dos prestadores de cuidados, problemas de envolvimento no grupo de controlo e limitações no recrutamento.	Adaptar as sessões à disponibilidade dos prestadores de cuidados, manter o envolvimento das díades através da realização de um curso complementar.	PAM13, Measurement of Inflammatory Biomarkers
7	<b>(Hamidian et al., 2019)</b>	$\geq 20$ anos, alfabetizado, sem metástases ou distúrbios cognitivos.	Não comparência no programa educativo, deterioração clínica.	Intervalo curto entre o pré e o pós-teste, dimensão reduzida da amostra.	Aumentar o intervalo entre o pré e o pós-teste. Aumentar o tamanho da amostra.	PTGI, 20 weeks after the last intervention session
8	<b>(Fergus et al., 2022)</b>	Relação heterossexual, utente com 50 anos ou menos, diagnóstico de cancro da mama não metastático nos últimos 36 meses, fluentes em inglês e acesso fiável à Internet.	Casais a frequentar sessões de terapia familiar, antecedents de doença mental ou de violência ou abuso interpessoal.	A falta de feedback derivado do casal, o potencial enviesamento da amostra com casais heterossexuais, maioritariamente brancos e com formação académica, e a preferência de alguns participantes pelo aconselhamento presencial.	A investigação futura deve incluir feedback derivado do casal, explorar populações diversas e considerar a possibilidade de oferecer aconselhamento presencial tradicional para aqueles que o preferem	Treatment Satisfaction Questionnaire (TSQ)
9	<b>(Chen et al., 2022)</b>	Casais chineses casados com idade 18 anos, residentes na cidade de Wuxi; um dos parceiros diagnosticado com cancro com uma esperança de vida de pelo menos seis meses, cônjuge como principal prestador de cuidados e concordar participar no	Cônjuges prestadores de cuidados que não puderam cuidar de si próprios devido a doença crónica ou a problemas físicos ou mentais graves, incluindo cancro	Pequena dimensão da amostra, o que limita as conclusões sobre a viabilidade e a eficácia do programa para uma população mais alargada.	Realização de um RCT em maior escala para avaliar melhor a eficácia e a viabilidade do programa em diversas populações e expansão dos testes a outras regiões ou culturas para avaliar a generalização para além da China continental.	EORTC QLQ-CR29, HADS, revised dyadic adjustment scale, benefit-finding scale.

		estudo.				
10	(Lai et al., 2021)	Cancro da mama, $\geq 20$ anos, ansiedade ou depressão (HADS $\geq 7$ ).	Doença neurológica, disfunção cognitiva.	Utilização de auto-relatórios e monitorização deficiente das intervenções	Monitorizar a medicação e os comportamentos de saúde, incluir outros, grupo de controlo mais robusto.	PSQI, HADS, SF-36
11	(Nasution et al., 2020)	Idade $\geq 18$ anos; doentes internados para tratamento de cancro ginecológico nos estádios I, II, III e IV, incluindo situações de recidiva; sem diagnóstico de perturbações mentais.	Perturbações da fala; condições clínicas instáveis; perturbações psiquiátricas diagnosticadas há mais de 3 anos.	A diversidade limitada da amostra e a localização do estudo restringem a generalização dos resultados, exigindo mais investigação	Alargar a diversidade da amostra, expandir os locais de estudo e aumentar a dimensão da amostra para uma maior generalização.	Brief Cope Scale; Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Therapy (FACIT-Sp-12)
12	(Matthys et al., 2021)	Cancro de órgão sólido, tratamento curativo, prognóstico $\geq 3$ meses, cuidador familiar, $\geq 18$ anos de idade.	Tumor cerebral (alterações cognitivas) ou Doença Hematológica, tratamento paliativo, prognóstico $< 3$ meses.	Uma intervenção prolongada pode levar à retirada, pandemia de COVID-19.	Reduzir a duração da intervenção para evitar desistências.	Three dyad data collections: initial, after 12 weeks and after 24 weeks
13	(Johns et al., 2020a)	$\geq 18$ anos; neoplasias malignas em fase avançada IIIB-IV, prognóstico inferior a 12 meses, um prestador de cuidados disposto, disponibilidade para o treino da atenção plena, nenhum formulário POST preenchido.	Doentes em cuidados paliativos, prestadores de cuidados com menos de 18 anos de idade	Pequena dimensão da amostra, um desenho de braço único e potenciais enviesamentos devido à auto-seleção dos participantes.	Os trabalhos futuros devem testar a eficácia do MODEL Care num ensaio aleatório controlado, em comparação com os cuidados padrão ou outra intervenção ACP estabelecida.	POST form, Phase of Change, McGill Quality of Life Inventory, CQOLC scale, Mini-MAC, Brief COPE Scale, PHQ-8, GAD-7, PSQI
14	(Lambert et al., 2021)	Cancro da próstata nos últimos 2 anos, cuidador principal, acesso à Internet.	Prestadores de cuidados diagnosticados com cancro no ano anterior.	Desafios da pandemia de COVID-19, possíveis preconceitos, limitações nas actividades físicas.	Minimizar os preconceitos e utilizar abordagens alternativas à atividade física adaptadas às restrições impostas.	SF-12, PSS, HADS, HLQ, IPAQ-SF, Physical Activity Plan, RDAS, MSES, Use of health services, final interviews

15	<b>(Kim &amp; Yoo, 2022)</b>	≥ 19 anos de idade, diagnosticado com cancro do cólon, fase 1-3, sem metástases.	Antecedentes psiquiátricos graves.	Amostra pequena e não representativa.	Aumentar a dimensão da amostra e assegurar uma maior representatividade.	Distress thermometer, HADS, CCQ, FACT-G, Lifestyle profile for health promotion
16	<b>(Reb et al. 2020)</b>	Cancro do ovário ou do pulmão, estágio III-IV, ≥ 3 meses após o diagnóstico, medo de progressão (FOP-SF ≥ 34).	Historial psiquiátrico grave, hospitalização, não domínio da língua local.	Uma amostra pequena, a falta de um grupo de controlo e factores não específicos podem influenciar os resultados.	Estudos maiores e aleatórios, tempos de intervenção mais curtos.	FOP-SF, IES-R, PROMIS Global Health Scale, PHQ-9, MCQ-30, MSAS, FFMQ-15
17	<b>(John set al., 2020b)</b>	≥ 18 anos de idade, diagnóstico de cancro da mama em fase I-III, conclusão do tratamento curativo.	Depressão grave (PHQ-8 ≥ 2), histórico de ACT ou treinamento de <i>atenção plena</i> .	Amostra limitada e não representativa, estudo-piloto, seguimento curto (6 meses).	Diversificar a amostra, efetuar ensaios aleatórios de maior dimensão, avaliações a longo prazo (12-24 meses).	FCRI-SF, Cancer-AAQ, GAD-7, PHQ-8, IES-R, PROMIS Global Health Scale
18	<b>(Peixoto et al., 2023)</b>	Pacientes com idade ≥ 18 anos, diagnosticados com cancro, que compreendem o diagnóstico, em tratamento.	Participação noutros programas de apoio, perturbações psiquiátricas graves.	Amostra limitada a um único centro, variabilidade nas respostas dos utilizadores.	Alargar a amostra a vários centros, análise longitudinal.	SF-36, HADS, WHOQOL-BREF

Os critérios de inclusão mais frequentemente utilizados nos diversos estudos incluíram a idade dos participantes, geralmente igual ou superior a 18 anos; o diagnóstico recente de doença oncológica ou em contexto de tratamento; a capacidade de compreensão do idioma local e a disponibilidade para participar nas sessões propostas. Por outro lado, os critérios de exclusão variaram de acordo com os registos, mas no geral incluíram condições médicas que pudessem interferir com a participação ativa no programa.

De forma a avaliar os resultados das intervenções implementadas foi realizada uma análise dos instrumentos utilizados nos respetivos programas de intervenção, conforme representado na Tabela 6.

**Tabela 6 - Caracterização dos instrumentos de medida referidos na ScR**

<b>CATEGORY</b>	<b>INSTRUMENT NAME</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>Qualidade de Vida</b>	World of Oncology Care Questionnaire (WOCQ)	Avalia as perceções dos utentes sobre os cuidados de saúde, sintomas e impactos emocionais relacionados com o tratamento.
	Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)	Avalia a qualidade de vida das pessoas com doença oncológica.
	McGill Quality of Life Inventory	Avalia a qualidade de vida das pessoas com doenças graves.
	European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-CR29)	Avalia a qualidade de vida nas pessoas com cancro colorectal.
	Caregiver Quality of Life Index-Cancer ( CQOLC )	Avalia a qualidade de vida dos cuidados de pessoas com doença oncológica.
	SF-12 /SF-36 (health status questionnaires)	Avaliam o estado de saúde percebido, cobrindo componentes físicos e mentais
	World Health Organization Quality of Life - Bref (WHOQOL-BREF)	Avalia a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente.
	Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Therapy (FACIT-Sp-12)	Avalia o impacto da espiritualidade e do bem-estar existencial nas pessoas com doenças crónicas ou terminais.
	Cancer QOL Index (CQOCC)	Avalia a qualidade de vida das pessoas com doença oncológica no domínio físico, emocional, social e funcional

	Multi-dimensional Cancer Quality of Life Questionnaire-30 (MCQ-30)	Avalia a qualidade de vida nas pessoas com doença oncológica, incluindo a saúde física, emocional e social.
	Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) Global Health Scale	Avalia a qualidade de vida global dos indivíduos com base em suas próprias percepções sobre a sua saúde.
	Cancer Fatigue Scale - Short Form (FCRI-SF)	Avalia a intensidade e impacto da Fadiga nas pessoas com doença oncológica.
	Sexual Function-Vaginal Changes Questionnaire (SVQ)	Avalia as alterações sexuais e vaginais relacionadas com os tratamentos oncológicos.
	International Physical Activity Questionnaire - Short Form (IPAQ-SF)	Avalia os níveis de atividade física em adultos, incluindo intensidade e duração.
	Physical Activity Plan and Intention	Avalia o plano e a intenção de uma pessoa praticar atividade física regularmente.
<b>Adaptação à Doença</b>	Brief Cope Scale	Avalia as estratégias de coping.
	Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC)	Avalia as estratégias de coping e de adaptação à doença oncológica.
	Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)	Avalia a satisfação e qualidade do relacionamento conjugal.
	Cancer Coping Questionnaire (CCQ)	Avalia as estratégias de coping nas pessoas com doença oncológica.
	Acceptance and Action Questionnaire for Cancer (Cancer-AAQ)	Avalia a aceitação e as ações relacionadas com a doença oncológica.
	Lewis' Cancer Self-Efficacy Scale	Avalia a confiança do utente em lidar com a doença oncológica.
	Multidimensional Self-Efficacy for Exercise Scale (MSES)	Avalia a confiança da pessoa em praticar exercício físico.
<b>Gestão dos Sintomas Psicológicos</b>	Depression Anxiety-Stress Scale (DASS-21)	Avalia os níveis de depressão, ansiedade e stress.
	Hospital Anxiety, Depression and Stress Scale (HADS)	Avalia os níveis de ansiedade, depressão e stress em ambiente hospitalar.
	General Anxiety Disorder Scale (GAD-7)	Avalia a gravidade da ansiedade generalizada em adultos.
	Patient Health Questionnaire (PHQ-8 / PHQ-9)	Avalia a gravidade dos sintomas de depressão em adultos.
	Perceived Stress Scale (PSS)	Avalia o stress percebido em diversos contextos.
	Memorial Symptom Assessment Scale (MSAS)	Avalia a frequência e intensidade dos sintomas relacionados com a doença oncológica.
	Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI)	Avalia o crescimento pessoal após experiências traumáticas.

	Cancer Behavior Inventory	Avalia os comportamentos de enfrentamento e adaptação nas pessoas com doença oncológica.
	Impact of Event Scale (IES-R)	Avalia os sintomas de stress pós-traumático após eventos traumáticos.
	Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	Avalia a qualidade do sono.
	Fear of progression-SF (FOP-SF)	Avalia o medo de progressão da doença em pessoas com cancro.
<b>Conhecimento e Percepção</b>	Cancer-related communication problems within the couple's scale	Avalia problemas de comunicação sobre a doença oncológica entre casais
	Cancer-Related Multiple-Item Uncertainty Scale (C-MUIS)	Avalia a incerteza experienciada pela pessoa com doença oncológica.
	Health Literacy Questionnaire (HLQ)	Avalia a habilidade de compreender, acessar e aplicar informações de saúde.
	Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R)	Avalia a percepção dos utentes sobre a sua doença

### 2.2.3. Discussão

A variedade de metodologias utilizadas reflete a complexidade do tema e a necessidade de abordagens multidisciplinares.

As intervenções cognitivo-comportamentais parecem reunir consenso na comunidade científica. Segundo Hamidian et al. (2019), as intervenções em grupo melhoram a compatibilidade cognitiva e emocional ao promover discussão, partilha de experiências e reestruturação de crenças. Pourfallahi et al., (2020) defende que as intervenções individuais oferecem atenção personalizada, sendo eficazes para necessidades específicas e desafios emocionais, mas limitam o suporte entre pares, essencial para o *coping*. Enquanto as intervenções diádicas, fortalecem os laços de apoio e a comunicação no contexto familiar (Lambert et al., 2021). As intervenções mistas, atuam numa vertente de potenciar as vantagens de cada uma das metodologias referidas, embora mais complexa em termos de operacionalização.

No que concerne ao *setting* das intervenções, verificamos a inclusão das metodologias digitais, que oferecem maior comodidade, acessibilidade e, quando assíncronas, flexibilidade (Chen et al., 2022; Fergus et al., 2022; Lambert et al., 2021; Matthys et al., 2021). Contudo, as intervenções presenciais permitem uma interação mais direta que pode facilitar uma compreensão mais profunda das necessidades individuais de

cada um e promover um sentimento de confiança e segurança.

Verificamos assim, que tanto as intervenções individuais, diádicas e em grupo como as intervenções presenciais e online desempenham um papel importante no suporte à pessoa adulta com doença oncológica. Cada abordagem integra as suas próprias vantagens e desafios, pelo que a escolha da melhor estratégia deve ser baseada nas necessidades e preferências individuais do utente, bem como na disponibilidade de recursos e suporte logístico dos profissionais de saúde.

A fase da doença compreendida entre o diagnóstico inicial e os tratamentos, assumiu maior consenso na literatura em análise. Sendo o envio de trabalhos de casa uma estratégia interessante na consolidação dos conhecimentos e competências, conforme evidenciado pelos registos de Chen et al., (2021); Johns et al., (2020a); Lambert et al., (2021) e Pace et al., (2019).

Constatou-se que o número indicado de sessões a incluir num programa que atenda à complexidade das necessidades emocionais e psicossociais das pessoas com doença oncológica, deverá oscilar entre as 6 a 12 sessões (n=11) (Chen et al., 2022; Fergus et al., 2022; Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Kim & Yoo, 2022; Lai et al., 2021; Matthys et al., 2021; Pace et al., 2019; Peixoto et al., 2023; Reb et al., 2020; Samami et al., 2021).

Em termos de duração das sessões observou-se maior unanimidade nos períodos compreendidos entre os 45 e os 90 minutos (n=9) (Chen et al., 2021; Chen et al., 2022; Chow et al., 2020; Hamidian et al., 2019; Nasution et al., 2020; Peixoto et al., 2023; Pourfallahi et al., 2020; Reb et al., 2020; Samami et al., 2021), dependendo da metodologia de intervenção, profundidade dos conteúdos e das atividades planeadas.

No que concerne à frequência média das sessões, os registos analisados indicaram um predomínio da intervenção semanal (n=9) (Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Kim & Yoo, 2022; Lai et al., 2021; Pace et al., 2019; Peixoto et al., 2023; Pourfallahi et al., 2020; Samami et al., 2021; Sowada, 2019).

Embora os resultados sugiram uma eficácia potencial das intervenções, é importante reconhecer as limitações desta revisão, como a possível exclusão de registos relevantes devido à seleção limitada das bases de dados e a não avaliação da qualidade metodológica dos registos incluídos.

O mapeamento da evidência científica publicada neste domínio constituiu-se uma ferramenta relevante para a tomada de decisões clínicas. Todavia, procurou-se aprofundar a presente investigação, com a inclusão das perceções dos utentes e dos enfermeiros peritos sobre a temática, que motivaram a realização das etapas II e III.

### **2.3. Etapa II – Perceção dos utentes sobre a promoção do *coping* na doença oncológica – Grupo Focal com Utes**

Atendendo aos fatores de stresse e aos desafios relacionados com o diagnóstico e tratamento, é compreensível que o cancro possa afetar significativamente o bem-estar emocional, exigindo uma adaptação psicológica contínua (Antoni et al., 2023).

De acordo com a literatura, verificamos que a forma como a pessoa lida com um evento adverso pode representar possíveis riscos à saúde mental que se podem manifestar a curto ou a longo prazo e que carecem de atenção (Nasution et al., 2020; Skinner et al., 2003).

Neste sentido, é fundamental identificar precocemente eventuais mecanismos mal adaptativos nas pessoas adultas que se encontram a vivenciar uma doença oncológica de modo a direcionar o apoio psicológico e incentivar estratégias alternativas orientadas para uma abordagem centrada na regulação emocional e na gestão do stresse (Dev et al., 2023).

Estes dados permitem inferir que o *coping* pode atuar como um fator de proteção ou vulnerabilidade, constituindo-se uma variável que, se promovida de forma adaptativa, é suscetível de amortecer o impacto das situações stressantes, atenuando as consequências deletérias a curto ou a longo prazo da vivência da doença oncológica (Lambert et al., 2021; Nasution et al., 2020).

Este estudo, procurou dar continuidade ao trabalho realizado na etapa I, reconhecendo a importância do papel dos utentes na cocriação de programas e estratégias de cuidados de modo a obter contributos relevantes para a construção do programa proposto.

Segundo a literatura esta abordagem auferirá múltiplos benefícios ao possibilitar explorar as narrativas de vida e as suas perceções sobre a doença, identificar necessidades em saúde, fatores dificultadores e facilitadores da adesão aos tratamentos, bem como do processo de adaptação à doença (Arumugam et al., 2023; Muller et al., 2019).

O objetivo que se coloca nesta etapa da investigação, foi determinar quais os elementos-chave e estrutura a considerar na construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica.

#### **2.3.1. Metodologia**

Foi conduzido um estudo de natureza qualitativa e exploratório-descritivo, com recurso à técnica de grupo focal. A recolha de dados, seguiu as fases metodológicas propostas por Krueger & Casey (2014) e a redação dos resultados seguiu as orientações propostas pela

COREQ *checklist* (Tong et al., 2007).

A seleção dos participantes foi efetuada em colaboração com uma associação de apoio a doentes oncológicos, com recurso a uma amostragem não probabilística por bola de neve, sendo que o primeiro participante foi recrutado por convite e os seguintes segundo cadeias de referência.

Como critérios de inclusão foi definido que todos os participantes teriam de ter diagnóstico de doença oncológica, efetuado entre um, a cinco anos. Sendo preconizado uma amostra representativa de ambos os sexos, de cada uma das seguintes faixas etárias [18 – 35], [36 – 55] e [>55 anos] e com pelo menos três utentes com patologia oncológica diferente.

Na preparação do grupo focal foi elaborado um guião semiestruturado, utilizando a técnica do funil para desenvolver a discussão em temas cada vez mais específicos.

As questões foram organizadas em três categorias, definidas *a priori*: Validação da pertinência do programa psicoterapêutico (C1), Conteúdo do programa psicoterapêutico (C2) e Operacionalização da intervenção (C3), conforme representado na Tabela 7.

**Tabela 7 - Guião do grupo focal com utentes**

CATEGORIAS	DESCRIÇÃO DAS QUESTÕES
<p><b>1. Validação da Pertinência do Programa Psicoterapêutico</b></p>	<p>(1.1) Considera que faz sentido implementar um programa de intervenção psicoterapêutica que facilite a adaptação/<i>coping</i> à doença oncológica</p>
<p><b>2. Conteúdo da Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem</b></p>	<p>(2.1) Na sua experiência e em termos da adaptação/<i>coping</i> à doença oncológica, quais foram as suas principais necessidades?</p> <p>(2.2) Como poderiam essas necessidades em saúde terem sido satisfeitas para facilitar a adaptação/<i>coping</i> à doença oncológica?</p> <p>(2.3) Que áreas devem ser consideradas num programa psicoterapêutico de enfermagem promotor da adaptação/<i>coping</i> na pessoa adulta com doença oncológica?</p>
<p><b>3. Operacionalização da Intervenção</b></p>	<p>(3.1) Qual será a fase do processo de doença mais adequada para a implementação do referido programa psicoterapêutico de enfermagem?</p> <p>(3.2) Quais as estratégias que poderão ser utilizadas no desenvolvimento de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor da adaptação/<i>coping</i> na pessoa adulta com doença oncológica?</p> <p>(a) Qual a metodologia de intervenção que trará mais ganhos em saúde, sessões de intervenção psicoterapêutica de grupo, individual ou mista??</p> <p>(b) Qual deverá ser o número total de sessões?</p> <p>(c) Qual deverá ser a durabilidade de cada sessão?</p> <p>(d) Qual deverá ser a frequência das sessões?</p>

O grupo focal decorreu no dia 14 de março de 2024 na sede da associação de apoio a doentes oncológicos, numa única sessão visto que a realização de sessões adicionais poderia causar um impacto emocional negativo, ao exigir a reexposição aos eventos relacionados com o processo de doença. Para mitigar este possível efeito e possibilitar a saturação dos dados a equipa de investigação optou por prolongar a reunião, para 120 minutos. Os participantes foram devidamente informados pelo investigador principal sobre os objetivos e metodologia do estudo, tendo assinado o consentimento livre e esclarecido.

Como introdução ao grupo focal, foi realizada uma breve contextualização do

programa psicoterapêutico em análise.

A sessão foi audiogravada com a devida autorização dos participantes, para efeitos de análise e recolha de dados, cumprindo-se com os pressupostos éticos inerentes ao Regime Geral de Proteção de Dados Pessoais (UE, 2016).

A moderação do grupo focal foi conduzida pela investigadora principal, com o suporte de um colaborador da equipa de investigação que ficou responsável pela monitorização, registo e observação da dinâmica do grupo.

Os dados foram transcritos *verbatim* com recurso ao *software Transcriptor*, e verificados com a gravação áudio para garantir a sua precisão. A análise e interpretação dos dados foi efetuada em três etapas com recurso ao software MAXQDA24. Na codificação/indexação, foram atribuídas categorias aos dados coletados com base nas questões do guião e nos temas emergentes da discussão. Na fase de armazenamento/recuperação, procedeu-se à compilação de todos os trechos textuais relacionados com cada categoria de modo a possibilitar a sua comparação. Enquanto na interpretação dos dados foi realizada uma análise de conteúdo dos mesmos comparando-os com as análises previamente elaboradas.

### 2.3.2. Resultados

Em termos de caracterização da amostra, obtivemos uma amostragem em que 100% dos participantes eram do sexo feminino, com antecedentes de Cancro de Mama em esquema de hormonoterapia, e com diagnóstico médico efetuado entre o ano 2019 e 2023. A média de idades dos participantes situou-se nos 45 anos, sendo as idades compreendidas entre os 37 e os 56 anos, logo sete participantes (n=7) na faixa etária entre os [36 - 55 anos] e um (n=1) da faixa etária [>55 anos]. Dos participantes envolvidos neste grupo focal, cinco (n=5) já haviam regressado ao seu exercício profissional, sendo que três (n=3) mantinham incapacidade temporária para o trabalho.

Na Categoria 1 (C1) referente à **Validação da Pertinência do Programa Psicoterapêutico**, o consenso foi total. “*Sim, faz todo o sentido*” (P2); “*...acho que é excelente...*” (P6), “*... poderá ser muito útil...*” (P7). Verificamos assim, que todas as participantes consideraram que o apoio emocional na vertente de um programa de intervenção psicoterapêutica de enfermagem revela-se extremamente necessário.

Na Categoria 2 (C2), **Conteúdo da Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem**, as participantes exploraram as necessidades experienciadas no decorrer da vivência da doença oncológica, destacando-se a referência às necessidades físicas,

emocionais e sociais, conforme apresentado na Tabela 8.

**Tabela 8 - Necessidades identificadas pelos utentes na vivência da doença oncológica**

<b>CATEGORIA DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS</b>	<b>SUBCATEGORIA DAS NECESSIDADES IDENTIFICADAS</b>	<b>PARTICIPANTES</b>	
<b>FÍSICAS</b>	Dor	(P7)	
	Fadiga	(P4, P2)	
	Falhas Mnésicas	(P5)	
	Alterações da Mobilidade	(P7)	
	Alterações da imagem corporal	(P2, P4)	
<b>EMOCIONAIS</b>	Revolta	(P4)	
	Tristeza	(P7)	
	Autoestima diminuída	(P2)	
	Medo e Incerteza	(P1, P6, P7)	
	Ansiedade	(P7)	
<b>SOCIAIS</b>	Interação Social	(P1, P3, P5)	
	Comunicação	Receção de Más Notícias	(P4, P8)
		Comunicação de Más Notícias (família/amigos)	(P6)
	Estigma e Juízo de Valor	(P3)	
	Proteção da vida privada	(P7, P8)	
	Socioeconómica	(P4)	

Nas necessidades físicas deparamo-nos com dificuldades no controlo da dor, “*depois da cirurgia nem conseguia sentar-me, a dor era muito forte...*” (P7); a fadiga, “*realmente, estou sempre cansada, gostava que este cansaço não me aparecesse...*” (P4), “*No início (...) eu respondia «estou um bocadinho cansada» e dizia um bocadinho para ser simpática, porque não era bocadinho...*” (P2); as alterações mnésicas, “*logo eu tenho que decorar tanta coisa, nomes, projetos e muitas das vezes não sei com quem falei, não consigo decorar caras, não tenho memória...*” (P5); alterações na mobilidade, “*tenho dificuldade em levantar os braços...*”(P7) e alterações na imagem corporal “*(...) caiu-me o cabelo e*

*depois nunca mais voltou a ser o que era (...) as vezes os cabelos crescem muito fortes mas não aconteceu comigo (...) são estas coisas que podem ser insignificantes, mas não são...”* (P2), *“o facto de não ter reconstrução é simplesmente horrível. Tive imenso tempo que não olhava ao espelho, não tomava banho no ginásio (...) não me queria expor...”* (P4).

Nas necessidades emocionais, destacaram-se os sentimentos de revolta, *“...quando a médica diz que eu não posso ter mais filhos (...) é mais uma proibição, mais uma limitação, não sou eu a dizer, que não quero ter mais filhos...”* (P4); tristeza, *“Na altura fiquei muito em baixo...”* (P7); autoestima diminuída, *“...toda a gente olha para nós porque não temos cabelo...”* (P2); o medo e a incerteza *“disseram-me «Vá para casa e aguarde!» (...) ao fim de três meses, telefonaram-me para marcar a cirurgia. (...) foi das coisas mais duras que eu ouvi, porque eu sabia que o meu cancro era invasivo...”* (P1), *“O quê? Já não tenho de estar em modo combate? E agora? Será que estou a viver uma falsa esperança?”* (P6), *“As pessoas ainda questionam porque tenho medo. Está na cara porque tenho medo, tive um cancro agressivo, hoje foi na mama, amanhã pode ser no fígado...”* (P7) e a ansiedade *“Ao fim de um ano tive de pedir apoio psicológico porque já não estava a aguentar a ansiedade...”* (P1).

Nas necessidades sociais, as participantes fizeram referência à necessidade de interação social, que possibilita o suporte emocional enquanto recurso de apoio, mas também a necessidade de comunicação assertiva e empática. Na primeira, as participantes reconheceram o relevante apoio encontrado junto da comunidade, família, amigos e colegas: *“A minha mãe deu-me muito apoio, os meus pais, o meu marido...”* (P1), *“...ia duas vezes por semana ao hospital e eu até gostava de ir lá, porque encontrava pessoas que sabiam exatamente o que eu que estava a passar...”* (P3), *“falar com outras pessoas que passaram pela doença ajuda...”* (P5). Na segunda, as participantes referiram dificuldade em gerir a comunicação, quer em termos da receção de más notícias, que em alguns testemunhos ocorreu sem a presença de um acompanhante e de forma menos empática, *“Obviamente que falhou muitas vezes a comunicação de alguns profissionais e das pessoas no geral. Teria sido bom que os comentários fossem aos outros (...) às vezes roçam um bocadinho a falta de educação, a falta bom senso e a falta empatia...”* (P4), *“Quando tive a notícia da mastectomia, estava sozinha...”* (P8),

*(...) estava sozinha (...) estive dez minutos naquele quadrado, sem saber onde era a porta de saída e eu conheço o hospital de trás para a frente. Eu não conseguia sair. Então o que eu fiz foi sentar-me a chorar. Chorei e chorei, e as pessoas a passar como se nada fosse. Isso eu não*

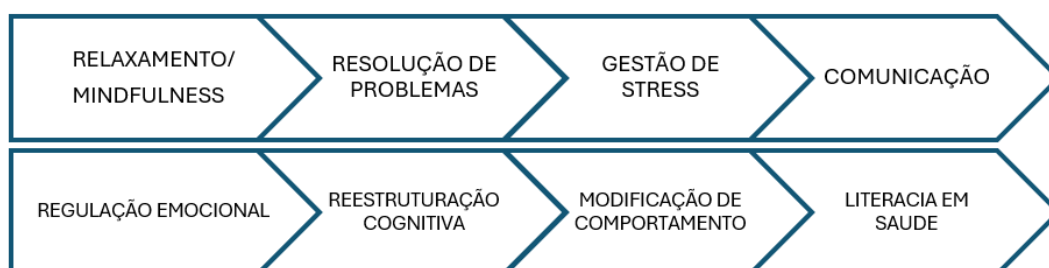
esqueço. Ninguém chegou ao pé de mim a perguntar se precisava de ajuda. Chorava e olhava para a janela, até perceber onde ficava a porta. E passou tanta gente... ninguém... (P4);

quer em termos do comunicar as más notícias aos familiares e amigos, *“Para mim foi difícil comunicar aos outros, porque os meus problemas, aguento-os bem. Agora preocupar os outros, ui, foi difícil. Levei uma semana para contar ao meu marido, depois, aos meus filhos...”* (P6). Ainda nesta categoria, as participantes referiram dificuldade em gerir o estigma e os juízos de valor *“Especialmente as pessoas que não são da nossa família, do nosso núcleo, fazem um diagnóstico por aquilo que elas observam na nossa cara...”* (P3); o direito à privacidade *“Toda a gente me perguntava «Como está?», «Como é que foi?» E tornava-se complicado. Então eu refugiava-me em casa. Não tinha vontade de responder a tudo...”* (P7); bem como a questão socioeconómica *“trabalho a recibos verdes, se não trabalho, não recebo...”* (P4) que antecipa por vezes o regresso ao trabalho.

Na questão 2.2 as participantes fizeram referência a alguns mecanismos de *coping* adotados, designadamente a gestão do stresse, *“aprendi a gerir o stresse, acho que essa aprendizagem é muito importante para quem passa por este processo de doença...”* (P6); o humor, *“o facto de levar as coisas um pouco a brincar, acho que ajudou na aceitação até ao dia de hoje...”* (P3); a ressignificação *“após o diagnóstico de cancro, nunca mais somos a mesma pessoa, mas acho que podemos ser muito melhores do que eramos em relação a muitas coisas...”* (P4) e a imposição de limites *“Aprendi que quando algo me incomoda, devo dizer...”* (P4).

Na questão 2.3 foram abordados os conteúdos efetivos a integrar na elaboração do referido programa psicoterapêutico, os quais encontram-se representados na Figura 7.

**Figura 7 - Elementos-chave a integrar num programa psicoterapêutico promotor do coping para as pessoas adultas com doença oncológica**



De acordo com os dados analisados, as participantes destacaram conteúdos como, as técnicas de relaxamento e *mindfulness*, as técnicas de resolução de problemas, a gestão de stresse, as técnicas de comunicação interpessoal, a importância da regulação emocional e

da reestruturação cognitiva, (relacionada com a resignificação de certas crenças e pensamentos disfuncionais), a modificação de comportamentos e a literacia em saúde.

Relativamente à Categoria 3 (C3), **Operacionalização da Intervenção**, designadamente à questão 3.1, inerente à fase de implementação do programa, as participantes foram unânimes, defendendo que a intervenção psicoterapêutica deverá ser implementada desde o diagnóstico inicial, independentemente das necessidades apresentadas por cada pessoa, *“mesmo que a pessoa julgue estar a adaptar-se bem, será sempre pertinente ter acompanhamento ao longo das várias fases da doença...”* (P6). No que diz respeito à estrutura, e após reflexão conjunta defenderam que parecia fazer mais sentido a intervenção mista, (com intervenções de grupo e intervenções individuais), *“individual para trabalhar aspetos mais, específicos e de grupo, não só para a partilha de experiências, mas também para promover a tal literacia da população...”* (P4). O parecer sobre a duração das sessões oscilou entre os 45 e os 60 minutos, com uma frequência semanal ou quinzenal, *“quatro sessões semanais, com a duração de 45 minutos, seguindo-se sessões quinzenais...”* (P6). Quanto ao número de sessões, *“Talvez 5 a 6...”* (P5) *“depende, de caso para caso, mínimo 10...”* (P6).

### 2.3.3. Discussão

A análise dos resultados obtidos possibilitou a elaboração de ilações relevantes, que reuniram o consenso de todos os participantes. Nomeadamente, que a construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* para as pessoas com doença oncológica é extremamente pertinente e que o mesmo deverá ser implementado desde a comunicação do diagnóstico. Estes dados são corroborados pela evidência obtida no estudo prévio, que destacava um predomínio de registos nesta fase da doença, bem como pelas diretrizes internacionais que recomendam a monitorização e intervenção no *distress* desde o diagnóstico inicial como um indicador de qualidade (Riba et al., 2023).

Um outro aspeto que se destacou na análise dos resultados, depreende-se com a identificação das principais necessidades dos utentes aquando da vivência do processo patológico. Na perceção das utentes, essas necessidades podem ser categorizadas em necessidades físicas, emocionais e sociais o que apela à verdadeira intervenção holística no indivíduo enquanto ser biopsicossocial (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Cada vez mais a literatura aborda o conceito de oncologia integrativa, que visa um cuidado centrado na pessoa e que preconiza a satisfação das suas necessidades em saúde mediante o recurso a terapias integrativas como práticas mente-corpo, acupunctura,

massagem, musicoterapia, nutrição e exercício em coadjuvância com os tratamentos oncológicos convencionais (Semeniuk et al., 2023).

Relacionando as necessidades identificadas pelos utentes com a Teoria Motivacional do *Coping* (TMC), que defende que o comportamento humano é motivado para atender a três classes de necessidades psicológicas básicas: necessidade de estabelecer um relacionamento com os outros, a necessidade de ter competência e a necessidade de ter autonomia (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2016), podemos inferir que existe uma correlação entre elas.

As necessidades sociais correspondem assim, à necessidade de estabelecer um relacionamento com os outros; as necessidades emocionais relacionam-se com a necessidade de autonomia ou autodeterminação, visto que envolvem o controle emocional e a autorregulação; e as necessidades físicas podem ser relacionadas com a necessidade de competência, que inclui a capacidade de agir eficazmente no ambiente no qual o indivíduo se encontra inserido. Deste modo, verificamos que a forma como estas necessidades são ou não satisfeitas pode influenciar o processo de adaptação à doença oncológica, conforme sugere a TMC.

Relativamente às intervenções a desenvolver de forma a promover o *coping*, verificamos que os conteúdos partilhados pelas participantes são sobreponíveis com resultados obtidos na etapa I do estudo alargado, tendo-se constatado um predomínio de registos que enfatizam as intervenções de natureza cognitivo-comportamental, designadamente as técnicas de relaxamento e *mindfulness*, as técnicas de resolução de problemas, o treino de habilidades de gestão de stresse e de comunicação, a reestruturação cognitiva e a regulação emocional, conforme também mencionado neste grupo focal.

Em termos da estrutura do programa, o estudo prévio (Etapa I) destacou um predomínio de registos com um número médio de 6 a 12 sessões, com a duração aproximada de 45 a 90 minutos por sessão; enquanto os resultados do presente grupo focal sugerem sessões de 45 a 60 minutos, preferencialmente semanais ou quinzenais, e uma combinação de sessões individuais e de grupo para melhor adaptação e suporte.

Considera-se que, a metodologia de grupo focal permitiu ampliar a compreensão sobre a matéria em estudo e realizar reflexões válidas para o objetivo central da investigação. Contudo, reconhecem-se algumas limitações, nomeadamente a homogeneidade da amostra, que pode ter induzido algum enviesamento dos resultados.

Por forma a obter uma visão mais completa e abrangente desta temática, foi desenvolvida a etapa III, que preconizou aferir as perceções dos enfermeiros peritos.

## **2.4. Etapa III – A intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental na promoção do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica – Grupo Focal com Enfermeiros Peritos**

Estudos recentes indicam que cerca de um terço das pessoas com doença oncológica apresenta sintomas de transtornos psiquiátricos, sendo a ansiedade e a depressão os mais prevalentes. Contudo, apenas metade procura ajuda e um terço desta metade recebe efetivamente intervenção por profissionais de saúde mental, o que compromete o processo de adaptação à doença e como tal a sua qualidade de vida (Zeilinger et al., 2022; Harami et al., 2023).

A elevada prevalência do *distress* nesta população, evidenciou a necessidade de integrar intervenções no domínio da saúde mental aos cuidados oncológicos, visando melhorar a aceitação ao diagnóstico, ao tratamento e a gestão dos efeitos colaterais (Riba et al., 2023; Zeilinger et al., 2022).

De acordo com os modelos teóricos do *coping* a superação de um evento adverso implica conhecimentos e habilidades que possibilitem a conceptualização dos mesmos como significativos, compreensíveis e geríveis (Lazarus & Folkman, 1984; Skinner et al., 2003).

Verificamos que a sintomatologia ansiosa e depressiva e até mesmo a capacidade de utilizar de forma adaptativa as estratégias de *coping*, dependem de múltiplos fatores, como as experiências prévias de vida, o tipo de cancro, o tipo de apoio familiar e/ou social. (Folkman, 2010; Zeilinger et al., 2022).

É na presença da crise e em situações difíceis que envolvem stresse, que o *coping* se torna o principal mecanismo intermediário do processo de adaptação, possibilitando a transição de um estado percebido como negativo, para outro percebido como positivo (Meleis, 2010).

Este estudo visa dar continuidade à investigação principal, explorando as opiniões dos enfermeiros peritos sobre o desenvolvimento de uma intervenção terapêutica de enfermagem que facilite o desenvolvimento de mecanismos de *coping* aquando da vivência da doença oncológica.

Nesta fase do estudo, procurou-se alcançar o seguinte objetivo: determinar quais os elementos-chave e estrutura a considerar na construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica.

### 2.4.1. Metodologia

Para o efeito, foi conduzido um estudo qualitativo, descritivo e exploratório com recurso à técnica de grupo focal, de acordo com as recomendações de Krueger & Casey (2014) para a recolha de dados e as orientações da COREQ *checklist* de Tong et al. (2007), para a redação dos resultados.

O recrutamento dos participantes foi efetuado mediante uma amostragem não probabilística por conveniência, de forma a reunir pareceres e contributos geradores de discussões produtivas para uma análise o mais completa possível do tema.

Inicialmente estava preconizado a realização de dois grupos focais, um primeiro para aferir os elementos-chave e estrutura a considerar no desenvolvimento do programa psicoterapêutico de enfermagem, e um segundo para analisar de forma crítica e reflexiva o programa preliminar construído com base na triangulação dos dados colhidos no estudo alargado. Contudo, optou-se pela realização de uma sessão adicional onde se verificou a saturação dos dados, antes de se proceder à construção efetiva da primeira versão do programa preliminar e posterior análise crítica no terceiro grupo focal.

Nos estudos qualitativos, o tamanho da amostra não é passível de ser pré-determinado com exatidão, pelo que nem todos os participantes integraram os três grupos focais, logo a amostra não foi sempre a mesma. Neste sentido, obteve-se uma amostra de 11 participantes no primeiro e terceiro grupo focal e de cinco participantes no segundo, o que vai de encontro ao preconizado pela bibliografia.

Em termos dos critérios de seleção, foram seguidos os pressupostos defendidos por Krueger & Casey (2014) que sugerem a existência de pelo menos uma característica comum entre os participantes que compõem o grupo focal, sendo que para o efeito foi definido como critério de homogeneidade a detenção do título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros e como critérios de heterogeneidade apresentar pelo menos um dos seguintes critérios: 1) ser detentor do grau académico de mestre ou doutor; 2) exercer funções de enfermeiro gestor num serviço que assista utentes com doença oncológica, há pelo menos cinco anos; 3) exercer atividade profissional com utentes com doença oncológica, há pelo menos cinco anos; 4) exercer atividade letiva no âmbito da adaptação à doença e/ou gestão da doença, há pelo menos cinco anos; 5) ter publicado pelo menos um trabalho de investigação na área da adaptação à doença e/ou gestão da doença oncológica; 6) ter publicado pelo menos um trabalho de investigação na área da intervenção psicoterapêutica.

O desenvolvimento dos grupos focais seguiu as cinco etapas propostas: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados

(Krueger & Casey, 2014; Silva et al., 2014).

O convite para participação nas sessões foi efetuado via correio eletrónico até pelo menos três semanas antes da data da sessão, a qual foi definida via *Doodle* de acordo com a melhor disponibilidade de todos os participantes. A caracterização dos dados sociodemográficos da amostra foi efetuada via *Google Forms* cujo *link* foi enviado previamente à realização de cada sessão.

Os três grupos focais tiveram uma duração aproximada de 90 a 120 minutos e ocorreram nos dias 27 de fevereiro, 28 de maio e 28 de junho de 2024.

De forma a otimizar a recolha dos dados, foi desenvolvido um guião com questões semiestruturadas que foram organizadas em duas categorias, definidas *a priori*. A categoria 1 (C1) **Contextualização do Programa**, que incluiu questões de carácter introdutório, de modo a facilitar a familiarização e conexão dos participantes e dar início à discussão do tema, acompanhada de questões sobre a pertinência e fase de implementação do mesmo. Seguindo-se a categoria 2 (C2) **Elementos-chave e estrutura do Programa**, com as questões centradas no objetivo principal do estudo, conforme representado na Tabela 9.

**Tabela 9 - Guião do 1º e 2º grupo focal**

<b>CATEGORIAS</b>	<b>DESCRIÇÃO DAS QUESTÕES</b>
<b>1. Contextualização do Programa (C1)</b>	(1.1) Qual a pertinência da construção do programa em questão?
	(1.2) Qual a fase da doença mais indicada para implementar o referido programa?
<b>2. Elementos-Chave e Estrutura do programa (C2)</b>	(2.1) Quais os elementos-chave a integrar?
	(2.2) Quais as intervenções de enfermagem que fazem mais sentido implementar num programa com estas características/objetivo?
	(2.3) Qual a metodologia de intervenção que deverá ser implementada (individual, grupo ou mista)?
	(2.4) Qual o número de sessões mais indicado?
	(2.5) Que duração deverão ter as sessões?
	(2.6) Qual deverá ser a frequência das sessões?
	(2.7) Quais os critérios de inclusão que deverão constar no programa?
	(2.8) Quais os critérios de exclusão que deverão constar no programa?

No decorrer dos grupos focais, foram ainda efetuadas outras questões orientadoras, às incluídas no guião, de modo a obter informações mais aprofundadas sobre os temas em

análise, com flexibilidade para permitir a discussão de *insights* entre os participantes e assim obter resultados mais amplos e completos sobre a temática.

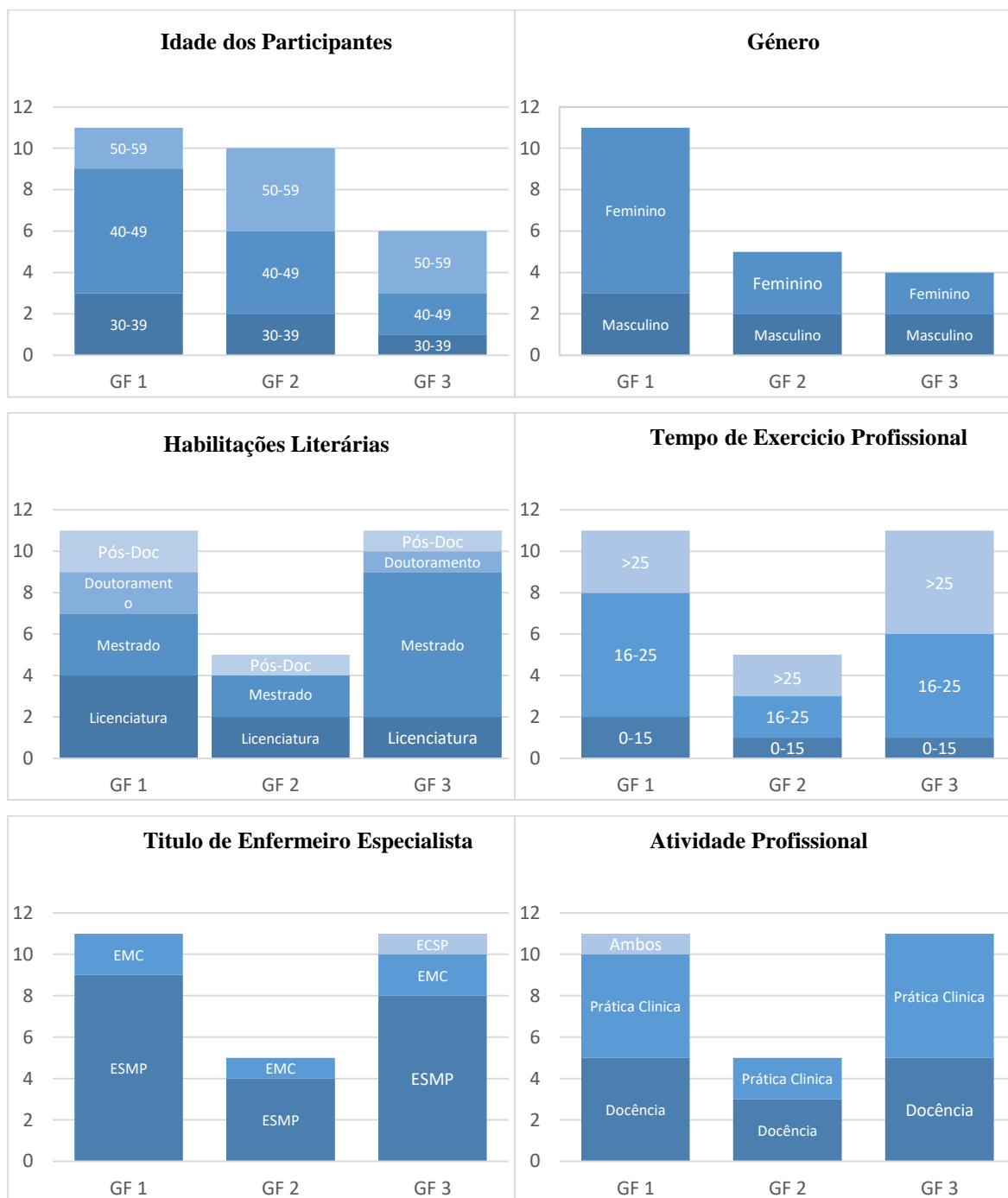
A moderação dos três grupos focais foi efetuada pela investigadora principal, enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica, sendo a observação do comportamento do grupo realizada à *posteriori* uma vez que todos os grupos focais decorreram via plataforma Zoom, sendo as sessões videogravadas, (com o devido consentimento dos participantes).

Os dados colhidos nos três grupos focais foram transcritos *verbatim* com recurso ao *software Transcripator* e cada transcrição foi comparada com a gravação áudio para verificar a precisão. Para a análise de conteúdo das transcrições foi utilizado o método indutivo com recurso ao *software* MAXQDA24 que otimizou a codificação dos dados, sendo que os códigos semelhantes foram agrupados em subcategorias e posteriormente categorizados em categorias principais. Para garantir a fiabilidade das interpretações dos dados, as dúvidas ou divergências foram discutidas com outros dois investigadores até que o consenso fosse alcançado.

#### 2.4.2. Resultados

Os três grupos focais contaram com amostras distintas, GF1 (n=11), GF2 (n=5) e GF3 (n=11), cuja caracterização demográfica encontra-se representada na Tabela 10. A destacar que 4 participantes no GF1 (n=4), três no GF2 (n=3) e oito no GF3 (n=8) estão ou estiveram envolvidos em projetos de investigação na área da adaptação à doença e/ou gestão da doença oncológica; que cinco participantes no GF1 (n=5), dois no GF2 (n=2) e seis no GF3 (n=6) estão ou estiveram envolvidos em projetos de investigação na área da intervenção psicoterapêutica e que seis no GF1 (n=6), dois no GF2 (n=2) e 4 no GF3 (n=4) já publicaram artigos científicos sobre a temática em análise.

**Tabela 10 - Caracterização das amostras dos grupos focais**



Relativamente à questão 1.1, inerente à pertinência da construção do programa, a concordância dos participantes foi total, destacando-se inclusive a escassez de estudos que correlacionem a enfermagem de saúde mental com a intervenção na pessoa adulta com doença oncológica a nível nacional (GF1P1). Considerando-se que este estudo “*mais do que fundamental é essencial...*” (GF1P3), pois “*a doença oncológica é das doenças com mais carga emocional, dentro provavelmente das doenças crónicas, que alguém pode viver,*

*portanto, é essencial que haja uma intervenção psicoterapêutica por parte dos enfermeiros...*” (GF1P3).

Nesta etapa os peritos enfatizaram a pertinência do programa, no sentido de facilitar a adaptação às múltiplas perdas: *“nunca nos podemos esquecer que ao longo do processo de doença oncológica, o doente passa por diversos lutos, ou seja, ocorrem várias perdas e tem de haver uma adaptação a essas perdas que vão acontecendo...”* (GF1P2); à alteração das dinâmicas de vida, *“as pessoas com doença oncológica e as suas famílias, suspendem parte da sua vida, ou eternamente, ou provisoriamente...”* (GF1P4); às microagressões utilizadas na comunicação interpessoal, *“usam uma linguagem bélica, «têm de lutar», «têm que ter armas» e acabam por não valorizar a importância de conviver com o que está a acontecer, independentemente do que vai acontecer no futuro...”* (GF1P4); o que invalida por vezes a regulação emocional.

Relativamente à fase da doença mais indicada para a intervenção (questão 1.2), destacou-se a fase inerente ao diagnóstico e a fase inerente à sobrevivência: *“há dois momentos críticos que trariam grandes ganhos (...) entre o momento do diagnóstico e o primeiro tratamento, pois seria uma oportunidade para trabalharmos e empoderarmos o utente para as fases seguintes (...) e depois, a fase da sobrevivência...”* (GF1P6).

Os participantes que defenderam a fase do diagnóstico da doença oncológica alegaram que a doença *“é um continuum que surge no momento do diagnóstico e não acaba mais...”* (GF1P3). Contudo, alertaram para o facto de nem todos os diagnósticos iniciais preverem um prognóstico curativo, *“pensar na fase de diagnóstico até poderá fazer sentido, mas eu posso ter uma fase de diagnóstico que é também uma fase paliativa...”* (GF1P9), o que implica clarificar melhor a fase da intervenção, não apenas em prol da tomada de conhecimento da doença (diagnóstico) mas também do seu prognóstico.

Em termos dos elementos-chave a desenvolver (Categoria 2, questão 2.1), os temas que se evidenciaram nos dois primeiros grupos focais foram agrupados na Tabela 11.

**Tabela 11 - Elementos-chave a integrar no programa psicoterapêutico de enfermagem**

<b>ELEMENTOS-CHAVE</b>	<b>Regulação Emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação e validação sentimentos</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão do <i>distress</i></li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestão das perdas/lutos</li> </ul>
	<b>Comunicação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicação com o outro/ interpessoal                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ a quem contar,</li> <li>○ o que contar,</li> <li>○ como contar,</li> <li>○ gerir a relação,</li> <li>○ gerir as micro e macro agressões</li> </ul> </li> </ul>
	<b>Conhecimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crenças</li> <li>• Informação sobre a doença, tratamentos, efeitos secundários,</li> <li>• Recursos da comunidade,</li> <li>• Estratégias de <i>coping</i> adaptativas</li> </ul>
	<b>Processo Familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento do familiar/pessoa significativa no processo de doença</li> </ul>
<b>Autocuidado e Bem-Estar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relaxamento</li> <li>• Ocupação e Lazer</li> <li>• Autoestima</li> <li>• Autoeficácia</li> </ul>	

A regulação emocional foi o conteúdo que reuniu consenso total, no que concerne aos elementos-chave a desenvolver, pelo reconhecimento da, por vezes difícil e complexa, gestão emocional que as pessoas com doença oncológica enfrentam, seja por questões relacionadas com a ansiedade face à “*incerteza do diagnóstico...*” (GF1P9) seja “*porque se aproximam novos exames, (...) ou tratamentos de quimioterapia...*” (GF1P2); seja por medo do prognóstico (“*recidiva...*” (GF1P5), “*progressão de doença ou intercorrência...*” (GF1P7)), que influência e pode comprometer a “*gestão da esperança...*” (GF1P8), muitas vezes devido às “*perdas que vão acontecendo...*” (GF1P2) e que destacam a necessidade de incluir “*uma componente de facilitação do processo de luto (...) não necessariamente de luto no sentido de morte, mas de luto no sentido da perda que a pessoa possa atribuir ao facto de ter recebido aquele diagnóstico...*” (GF2P2)

Em termos da comunicação, verificou-se que é relevante trabalhar “*os laços*

*significativos, (...) a relação com o outro seja família, marido, mulher, amigos (...) até com os próprios profissionais de saúde...*” (GF1P3), mas também as questões relacionadas com a *“conspiração do silêncio e a promoção da consciencialização dos aspetos a ela relacionados, (...) pois o silêncio é uma das formas de comunicação mais potentes...”* (GF2P1). Foi inclusive afirmado, que

em determinados momentos as pessoas sentem-se a assoberbadas com um conjunto de situações, que às vezes não se dão ao direito de arranjar espaço e às vezes até têm medo de o arranjar, (...) e não existindo a tal comunicação assertiva dentro da família e entre a família e os utentes, surgem dificuldades nos processos de luto, alguns conflitos, alguma incompreensão de parte a parte e tudo isto vai aumentando o sofrimento... (GF2P5).

Neste sentido, alguns peritos defenderam que será importante *“apoiar os pais a falarem sobre a doença aos filhos e a prepararem as fases seguintes, porque ainda há a tendência para esconder...”* (GF2P5) e inclusive as situações inversas de serem *“os filhos quererem ocultar informações dos pais, que já estão idosos...”* (GF2P4). Nestes casos, o parecer foi que independentemente da situação, *“esconder não deverá ser a solução...”* (GF2P5).

O conhecimento foi referido ao longo dos dois primeiros grupos focais como um componente essencial, pois *“toda a intervenção psicoterapêutica deverá ter, sobretudo numa fase inicial, uma componente psicoeducacional, porque se as pessoas não perceberem o problema e o que é que está em jogo, (...) depois também não conseguem lidar com esse problema...”* (GF2P2). Assim sendo, revelou-se pertinente desenvolver no programa em estudo o conhecimento acerca *“da doença, da sua progressão, dos tratamentos, eventualmente, do próprio coping, que é o centro da intervenção...”* (GF2P2), mas também dos direitos, apoios e recursos existentes na comunidade (GF2P3, GF2P4). Um dos peritos enfatizou a importância de *“fazer-lhes chegar informação que seja fácil de consultar e que não seja difícil de aceder, porque às vezes o problema é termos excesso de informação e termos dificuldade em ser concisos...”* (GF2P3).

Nos três grupos focais foi reconhecido o sofrimento da família e a importância do seu papel na adaptação da pessoa adulta com doença oncológica a este evento adverso, sendo defendido como *“preponderante o envolvimento familiar ao longo de todas as etapas...”* (GF1P10), alguns defenderam que *“se houver necessidade de convocar as pessoas significativas poderia ser pertinente...”* (GF2P5). Assumindo-se que o envolvimento familiar não teria de ser um conteúdo a abordar de forma transversal ao grupo, mas de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa e família.

Outro dos elementos-chave mencionados incidiu sobre a importância da, *autocapacitação para o próprio bem-estar que é uma coisa fundamental para o doente oncológico em todas as dimensões (...) seja numa questão mais “intra” sobre como é que ele se sente, seja numa questão de como é que ele se relaciona com os outros e como é que se sente feliz...*” (GF1P3).

Foi focado que *“os atestados prolongados, comprometem várias dimensões, como a ocupação e lazer...”* (GF2P4). Assim e para que o bem-estar seja possível, um dos peritos abordou a importância da pessoa, *“sentir-se integra (...), de se sentir realizada, de se sentir viva e saudável, ainda que esteja a vivenciar um processo de doença, pois significa que está a integrar a doença na sua vivência...”* (GF1P9). Do mesmo modo que é *“importante identificar os desejos e sonhos das pessoas...”* (GF2P1), para lhes atribuir um propósito de vida.

Na questão 2.2, as intervenções psicoterapêuticas de enfermagem identificadas como mais relevantes foram: a relação de ajuda, a psicoeducação, a técnica reestruturação cognitiva, a técnica de resolução de problemas, a técnica de modificação de comportamento, as técnicas de comunicação e as técnicas de relaxamento.

Quanto à metodologia de intervenção (questão 2.3), a intervenção mista, foi a que reuniu maior consenso *“esta metodologia de ser misto, entre individual e de grupo, faz todo o sentido...”* (GF3P6). A maioria dos peritos considerou ser uma forma de otimizar vantagens pois *“temos de pensar no benefício que tudo isto terá para os utentes e para as famílias e esse parece-me que será o método mais indicado...”* (GF2P5).

Embora com destaque para a sua complexidade, nomeadamente em termos da dinâmica das sessões de grupo, pois por um lado *“haverá uma maior exposição da pessoa a outros que não conhece e isso implica que o profissional de saúde desenvolva habilidades acrescidas aquando da moderação...”* (GF2P1), existirão *“pessoas que beneficiarão de um modelo 100% individual, outras que beneficiarão de um modelo 100% de grupo...”* (GF2P2) logo poderá não ser indicado para todos.

Ainda nesta questão, foi sugerido *“ter algumas sessões de base preparadas, mas depois ter algumas sessões para adequar aquilo que é vivência do grupo...”* (GF1P9), o que destaca a importância de os grupos serem pequenos, *“porque a densidade das partilhas poderá ser demasiado grande ficando difícil gerir as emoções do grupo e até mesmos as nossas próprias emoções...”* (GF2P3). Alguns peritos sugeriam estabelecer um *“limite máximo de três a quatro pessoas...”* (GF2P1).

Na questão 2.4, referente ao número de sessões, foram lembrados os pressupostos

do Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem de Sampaio et al. (2018), que *“indica que sejam realizadas entre 3 a 12 sessões...”* (GF1P1). No entanto, *“o modelo deve ser suficientemente flexível para se adaptar às necessidades do utente e não o utente a adaptar-se às necessidades do modelo...”* (GF1P1).

No decorrer das sessões foram discutidas características importantes a ter em consideração, designadamente a importância de realizar previamente as consultas individuais, não só para efeitos de anamnese e avaliação inicial diagnóstica, mas acima de tudo para o estabelecimento da relação terapêutica, *“é nesta primeira abordagem que se vai construindo uma relação de confiança...”* (GF2P1). Neste sentido, foi sugerido inicialmente, realizar entre 2 a 4 sessões individuais e 3 a 8 sessões de grupo.

O parecer dos peritos relativamente à duração das sessões individuais (questão 2.5), variou entre os 30 e os 60 minutos e o das sessões de grupo entre os 60 a 90 minutos.

O intervalo entre as sessões (questão 2.6), foi preconizado ser progressivamente maior de forma a reforçar as capacidades desenvolvidas, autonomizar o utente e possibilitar a alta. De modo que foi proposto *“começar semanalmente (...) nas duas primeiras semanas (...) e depois espaçar para ajudar a autonomizar e ajudar a pessoa a ir aprendendo a fazer a sua gestão de recursos...”* (GF2P1).

No que concerne aos critérios de inclusão (questão 2.7) e reforçando que a população alvo são pessoas com doença oncológica, foi proposto, ter o *“diagnóstico de enfermagem...”* (GF1P1, GF1P9) definido para a intervenção; *“ter mais de 18 anos...”* (GF1P1) e consentir de forma livre e esclarecida participar em todas as sessões do programa (GF1P1, GF2P1). Como critério de exclusão (questão 2.8), designou-se a presença de *“alterações cognitivas que impeçam que seja feito um trabalho psicoterapêutico com a pessoa...”* (GF1P1) e alterações psicológicas ou psiquiátricas graves (GF2P4, GF2P5); bem como situações de descompensação sintomática (associadas ao processo patológico, ou aos efeitos colaterais dos tratamentos instituídos) (GF2P1).

Os resultados obtidos nos dois primeiros grupos focais realizados com os enfermeiros peritos, foram relacionados com os dados obtidos no grupo focal com os utentes e com os dados obtidos na *scoping review*, possibilitando a construção da primeira versão do programa preliminar submetido a análise e apreciação pelos enfermeiros peritos no terceiro e último grupo focal, o qual revelou-se determinante para identificar aspetos que careciam de ajuste, em termos de linguagem, conteúdos e estrutura.

Note-se que após as considerações do primeiro grupo focal com os enfermeiros peritos, a equipa de investigação assumiu que o estudo incidiria sobre a fase de diagnóstico,

por ter como objetivo maximizar os ganhos em saúde, pois tratando-se de um programa promotor do *coping*, considerou-se crucial habilitar as pessoas com doença oncológica para a utilização deste recurso de forma adaptativa, desde o momento inicial em que tomam conhecimento da doença.

Neste sentido, a primeira versão do programa preliminar construído e apresentado no terceiro grupo focal integrou uma metodologia de intervenção mista, sendo composto por 5 sessões individuais com uma duração média de 50 a 60 minutos e 5 sessões de grupo com uma duração de 90 minutos, ao longo de 6 meses, conforme as sugestões emanadas pelos peritos.

Assim sendo, as sessões individuais teriam lugar nas semanas 1,2,8,14 e 24 e as sessões de grupo nas semanas 4,6,10,12 e 16. Sendo que os grupos teriam um limite máximo de 5 participantes. Relativamente aos diagnósticos de enfermagem selecionados como critério de inclusão, foram definidos “*coping comprometido*” e risco de *coping comprometido*”

#### 2.4.3. Discussão

A tomada de decisão relativa à implementação deste programa na fase de diagnóstico, foi também suportada pelos dados obtidos no grupo focal com utentes, no qual foi unânime a pertinência da intervenção psicoterapêutica desde o momento do diagnóstico e pela evidência científica que destaca que o *distress* emocional encontra-se particularmente elevado nos primeiros seis meses após o diagnóstico e o início dos tratamentos, com uma diminuição gradual à medida que os utentes se adaptam à sua condição de saúde e ao protocolo de tratamentos (Carlson & Bultz, 2003; Holland & Alici, 2010; Jacobsen & Wagner, 2012; Riba et al., 2023)

Relativamente ao número máximo de participantes nas sessões de grupo, e de acordo com os dados inicialmente colhidos sugeriu-se um limite máximo de 5 participantes. Contudo, no terceiro grupo focal, foi considerado ser um grupo pequeno, pois “*embora a literatura indique que pode ir até 12, grupos de 7 ou 8 pessoas seria o mais indicado pois se faltar uma ou duas pessoas não será problemático...*” (GF3P11).

Em relação ao número das sessões, quase todos concordaram com o estipulado, surgindo, somente, uma opinião divergente que embora concordasse com as 5 sessões de grupo, considerava mais vantajoso “*a realização de apenas uma ou duas sessões iniciais individuais, (...) e uma sessão final individual de avaliação...*” (GF3P11), ou seja sugeria a realização de apenas 2 ou 3 sessões individuais, enfatizando que esta estrutura não invalida

que a pessoa aufera de um acompanhamento individual adicional caso apresente essa necessidade, mas que não faria parte do programa.

Em termos da frequência e duração das sessões não surgiram sugestões contrárias, havendo concordância entre os peritos *“concordo com a estrutura que está aqui apresentada, quer com a duração, quer com o intervalo das sessões, faz sentido que seja desta forma...”* (GF3P8).

Os diagnósticos de enfermagem inicialmente propostos: *“coping comprometido”* e *“risco de coping comprometido”* foram motivo de análise e discussão, *“primeiro porque a intervenção para o risco de coping comprometido à partida seria uma intervenção diferente daquela que é feita para o coping efetivamente comprometido...”* (GF3P4). Considerando-se fazer mais sentido outros diagnósticos de enfermagem, com focos mais centrados nos problemas concretos das pessoas com esta patologia e acima de tudo para otimizar a extração dos indicadores de resultado.

No ponto de vista de alguns peritos (n=3), *“o coping é um recurso, um meio para atingir um fim, mais do que o fim em si mesmo...”* (GF1P1). Defendeu-se que *“o coping é um recurso, nunca um problema (...) que cada um mobiliza em função da sua circunstância e da sua história de vida...”* (GF3P11) e que *“trabalhar o coping é muito interessante quando as pessoas estão num processo salutogénico, pois vão capacitar esta salutogénese (...) mas quando estão a vivenciar um processo de doença, isso torna-se extremamente complexo...”* (GF1P9).

Atendendo aos argumentos propostos, os restantes participantes concordaram com a alteração dos diagnósticos de enfermagem e participaram ativamente na discussão daqueles que fariam mais sentido para o programa, destacando-se os focos de enfermagem: *“a ansiedade, o conhecimento e a capacidade...”* (GF3P11). A ansiedade *“pelo processo de resposta, ou seja, a pessoa antecipa uma ameaça, (...) ela não sabe o que é que vai acontecer a seguir e isso gera ansiedade...”* (GF3P11); os conhecimentos, *“porque a maior parte precisa de conhecimento sobre as estratégias de coping que devem mobilizar...”* (GF3P11) e a capacidade porque, *“mesmo tendo conhecimento, não têm capacidade, nem sabem utilizá-las e aí o enfermeiro pode ajudá-los a mobilizar essas estratégias de coping ...”* (GF3P11). Outro foco de enfermagem sugerido foi o medo, *“porque inevitavelmente em alguma fase do percurso estará presente...”* (GF3P9).

Em termos das intervenções a integrar no programa, defendeu-se que o mesmo deverá incidir *“acima de tudo numa intervenção psicoterapêutica baseada na relação de ajuda com base no modelo psicoterapêutico...”* (GF1P9), sendo legítimo do ponto de vista

científico, “afirmar que serão utilizados contributos das intervenções psicoterapêuticas de natureza cognitiva, comportamental, educacional...” (GF3P11).

No entanto, um dos peritos alertou para o fato de não poder executar várias intervenções psicoterapêuticas *per si* “porque senão a questão do grupo seria discutível...” (GF3P11), pois cada intervenção psicoterapêutica, “requer um setting próprio (...) e condições de grupo, diferentes de um grupo psicoterapêutico...” (GF3P11).

Outras sugestões de melhoria e clarificação de alguns aspetos operacionais foram partilhadas e consideradas pertinentes para a otimização do programa final. Designadamente questões relacionadas com a gestão das faltas nas sessões de grupo e nas sessões individuais, que requerem a definição de estratégias e regras; bem como sobre os critérios de inclusão, que deveriam ser mais específicos, pois encontrar-se numa fase de “diagnóstico inicial” revela-se pouco claro e pouco objetivo.

Para o efeito foi proposto definir como critério, ter diagnóstico de doença oncológica efetuado entre 3 a 6 meses. Contudo, reuniu maior consenso ter diagnóstico de doença oncológica efetuado até 3 meses, o que vai de encontro com a evidencia científica publicada neste âmbito, nomeadamente com a revisão elaborada por Cook et al. (2018) na qual foi demonstrado que os níveis de *distress* identificados nos primeiros três meses após o diagnóstico predizem o sofrimento emocional a longo prazo, ou seja revela-se um indicador de vulnerabilidade a longo termo, reforçando a importância de avaliar e intervir no *distress*, preferencialmente entre o momento do diagnóstico e os primeiros três meses.

A análise global dos resultados permitiu inferir que a metodologia selecionada para a recolha dos dados possibilitou gerar uma ampla gama de *insights* e perspectivas através da interação dinâmica entre os participantes, sendo mais eficiente em termos logísticos que a realização de entrevistas individuais.

Na etapa seguinte será apresentado o programa construído com base nos dados colhidos nas primeiras três etapas desta investigação.

## **2.5. Etapa IV: CAEDO - *Coping Cancer*: Programa Psicoterapêutico de Enfermagem para a Pessoa Adulta com Doença Oncológica**

A construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem para a pessoa adulta com doença oncológica emerge da necessidade identificada pelos utentes, pelos profissionais de saúde, pela literatura e recentemente reconhecida pelas entidades políticas e

governamentais no sentido de melhorar a qualidade de vida desta população e diminuir os efeitos deletérios do cancro na saúde mental.

A elaboração da Etapa IV é o culminar da consecução do objetivo geral do estudo empírico, ou seja, construir um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do *coping* na pessoa adulta com doença oncológica. Propõem-se a construção efetiva de um programa de intervenção psicoterapêutica de enfermagem, que agregue um conjunto de habilidades de *coping* essenciais a serem desenvolvidas de forma profilática, nos primeiros 3 meses após a comunicação efetiva do diagnóstico de doença oncológica.

Deste modo, o programa pretende capacitar as pessoas com esta patologia para um comportamento o mais adaptativo possível a este evento de vida, facilitando a transição de um estado percebido como negativo, para outro percebido como positivo, mediante o desenvolvimento de habilidades de mestria e integração da experiência de doença na identidade da pessoa, conforme defendido por Meleis (2010).

### 2.5.1. Metodologia

A modelagem do programa CAEDO - *Coping Cancer*: programa psicoterapêutico de enfermagem para a pessoa adulta com doença oncológica, advém dos construtos obtidos nas etapas prévias, designadamente da realização da *scoping review* na Etapa I e da realização dos grupos focais com utentes na Etapa II e com enfermeiros peritos na Etapa III.

Embora alicerçado na Teoria das Transições de Meleis e no Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem, a construção deste programa, contou também com a influência proveniente da teoria comportamental dialética, que consiste numa derivação das teorias cognitivo comportamentais de terceira geração, que visa promover a regulação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos (Linehan, 2018). As suas vantagens e ganhos em saúde foram enfatizados na *scoping review*, elaborada na Etapa I deste estudo de investigação, sendo a sua utilização na prática clínica amplamente recomendada pela literatura.

O termo "dialética" compreende dois significados, por um lado a perceção de que a realidade é polifacetada e complexa, por outro, que a utilização do diálogo e das interações persuasivas podem ser utilizadas como ferramentas terapêuticas (Linehan, 2018). Estes conceitos enquadram-se nos pressupostos defendidos pelo Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem que enfatizam uma abordagem integrativa com recurso ao estabelecimento da relação terapêutica e da comunicação interpessoal (Sampaio et al., 2018).

As intervenções da Teoria Comportamental Dialética focam-se tanto nas questões de mudança, essenciais para corrigir comportamentos disfuncionais, quanto nas questões de aceitação, que são importantes para enfrentar aquilo que não pode ser alterado (Linehan, 2018). Esta abordagem revela-se crucial para que os utentes se sintam compreendidos e valorizados em relação às suas dificuldades (Albarrán et al., 2020; Lins et al., 2020).

Estes princípios terapêuticos são sobreponíveis com as necessidades de intervenção identificadas pelos utentes e pelos enfermeiros peritos nos grupos focais realizados nas etapas II e III desta investigação, onde a dualidade da necessidade de aceitação e da mudança de comportamento (a vários níveis) foi evidenciada como relevante na promoção do processo de *coping* e como tal na transição para um estado de saúde positivo.

No entanto, e uma vez que o programa pretende ser um instrumento psicoterapêutico de e para enfermeiros, a sua construção foi baseada nos pressupostos metodológicos defendidos pelo Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem desenvolvido por Sampaio et al. (2018).

Este modelo orientou a construção do presente programa, centrando-se na elaboração de diagnósticos de enfermagem destinados a responder às necessidades emocionais das pessoas com doença oncológica.

Para garantir a consistência metodológica, foram utilizadas exclusivamente taxonomias de enfermagem, designadamente: a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>) (por ser a mais utilizada na prática clínica em Portugal, além de ser a taxonomia utilizada pela Ontologia de Enfermagem no mapeamento e organização de conceitos de diagnósticos e intervenções); a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC).

No entanto, Sampaio et al. (2008) reconhecem que priorizar as intervenções da NIC e os resultados da NOC para avaliar os ganhos em saúde e a eficácia das intervenções pode ser um desafio, pois muitas dessas intervenções ainda não foram clinicamente validadas para Portugal.

Desta forma, à semelhança da metodologia utilizada no Guia Orientador de Boas Práticas de Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem (Sampaio et al., 2023), assume-se que as intervenções neste programa, embora maioritariamente fundamentadas na NIC, algumas foram baseadas nos consensos alcançados pelos peritos na Etapa III e pela posterior análise e reflexão pela equipa de investigação.

## 2.5.2. Resultados e Discussão

De acordo com o ICN, (2019) o *coping* consiste numa atitude para gerir o stress e ter uma sensação maior controlo e conforto psicológico, que possui como focos afiliados a adaptação, a assimilação e a aceitação, pelo que se optou por esta terminologia precisamente pela sua abrangência face ao objetivo central que se pretende alcançar.

Assim, em termos conceptuais, considerou-se o foco de Enfermagem “*coping*” como um nó conceptual, ou seja, trata-se do foco *major* de atenção que se pretende trabalhar e potenciar nas pessoas com doença oncológica.

Contudo, pelas suas características definidoras e fatores etiológicos neste contexto específico, reconheceu-se que o foco “*coping*”, correlaciona-se com outros focos de atenção como a ansiedade, o medo e o conhecimento, que ao serem trabalhados neste contexto, permitem um entendimento e uma resposta mais ampla e estruturada na satisfação das necessidades em saúde apresentadas pelas pessoas com doença oncológica, facilitando a extração de indicadores de resultado.

Em termos de correlação entre os diagnósticos de enfermagem CIPE® com as intervenções psicoterapêuticas NIC e os Resultados NOC, optou-se por representá-los na Tabela 12.

**Tabela 12 - Ligações entre os diagnósticos de enfermagem, as intervenções psicoterapêuticas NIC e os resultados NOC**

Diagnósticos CIPE®	Intervenções NIC	Resultados NOC
<b>Disponibilidade para <i>coping</i> efetivo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aconselhamento;</li> <li>• Apoio na tomada de decisão;</li> <li>• Assistir na automodificação;</li> <li>• Ensino sobre procedimentos e tratamentos;</li> <li>• Ensino sobre processo de doença;</li> <li>• Entrevista Motivacional;</li> <li>• Facilitação da meditação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aceitação do Estado de Saúde</li> <li>• Adaptação à incapacidade física;</li> <li>• <i>Coping</i></li> <li>• Desempenho de papéis</li> <li>• Nível de Stresse</li> <li>• Bem-Estar Pessoal</li> </ul>
<b>Ansiedade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimento da Autoestima;</li> <li>• Imaginação Guiada;</li> <li>• Intervir na Crise;</li> <li>• Melhoria da Autoeficácia;</li> <li>• Melhoria da Imagem corporal;</li> <li>• Melhoria da Socialização;</li> <li>• Melhoria do <i>Coping</i>;</li> <li>• Melhoria do papel;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrolo da Ansiedade</li> <li>• Nível de Ansiedade</li> </ul>
<b>Medo</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocontrolo do Medo</li> <li>• Nível do Medo</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecimento: Gestão do Cancro</li> </ul>

<p><b>Falta de conhecimento sobre a doença</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientações Antecipatórias;</li> <li>• Redução da Ansiedade;</li> <li>• Redução do stresse por mudança;</li> <li>• Terapia de Relaxamento;</li> <li>• História de vida.</li> </ul>	
--	---	--

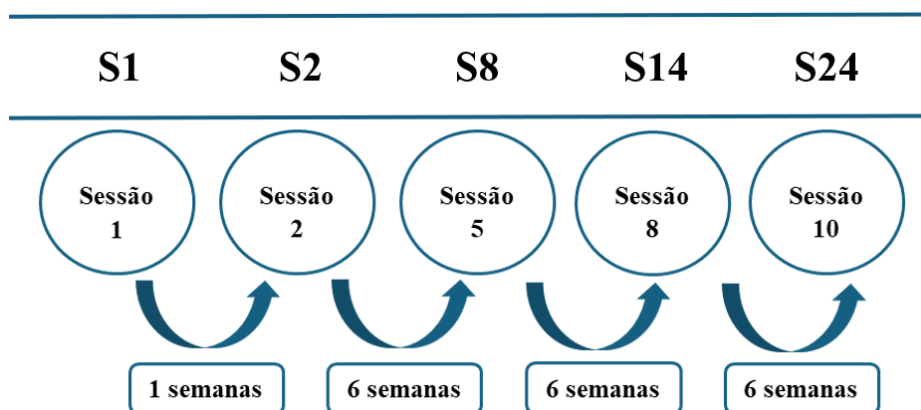
Relativamente à estrutura e questões de operacionalização, o CAEDO - *Coping Cancer*: programa psicoterapêutico de enfermagem para a pessoa adulta com doença oncológica, assume uma metodologia de intervenção mista, baseado essencialmente na relação de ajuda, com subsídios das intervenções do domínio da reestruturação cognitiva, da psicoeducação e das técnicas de resolução de problemas, de comunicação, de modificação do comportamento e de relaxamento.

É composto por 10 sessões, das quais 5 individuais e 5 de grupo ao longo de 6 meses, preconizando-se um alargamento do intervalo nas últimas sessões de forma a reforçar as capacidades desenvolvidas, autonomizar o participante e possibilitar a alta, culminando com uma sessão de *follow up* nos 6 meses após o término do programa.

As sessões individuais têm por objetivo principal, além do acolhimento e entrevista inicial de diagnóstico e o estabelecimento da relação terapêutica (fundamental para o sucesso das intervenções); a consolidação das habilidades desenvolvidas nas sessões de grupo de acordo com as necessidades individuais de cada participante. Esta metodologia possibilita uma intervenção personalizada e integrativa que respeita a unicidade do processo de adaptação de cada pessoa à doença oncológica. Nas sessões individuais, e caso seja pertinente, o utente poderá fazer-se acompanhar de pessoa(s) significativa(s), cuidador(es) ou familiar(es), no sentido de facilitar o processo familiar de adaptação à doença e a comunicação intrafamiliar. Note-se, que esta possibilidade decorre das necessidades individuais específicas apresentadas por cada utente e trabalhadas, se necessário, neste contexto particular.

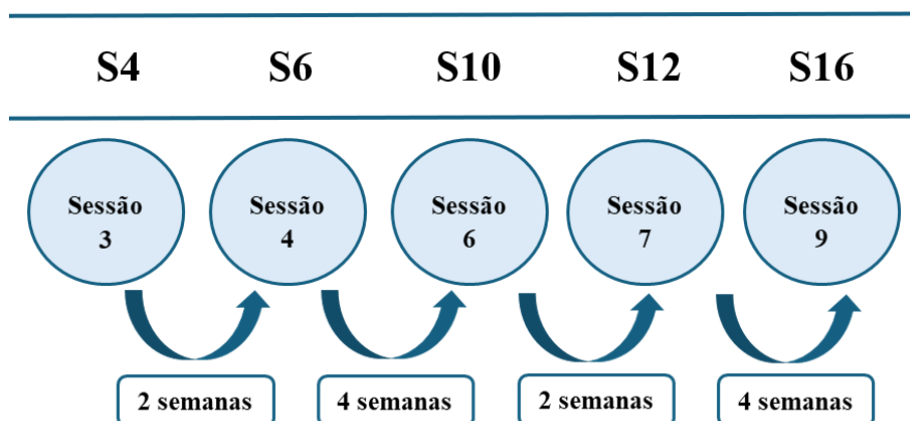
Cada sessão individual terá uma duração média de 50 a 60 minutos e serão realizadas nas semanas 1, 2, 8, 14, 24. Conforme exemplificado na Figura 8.

Figura 8 - Frequência das sessões individuais do programa



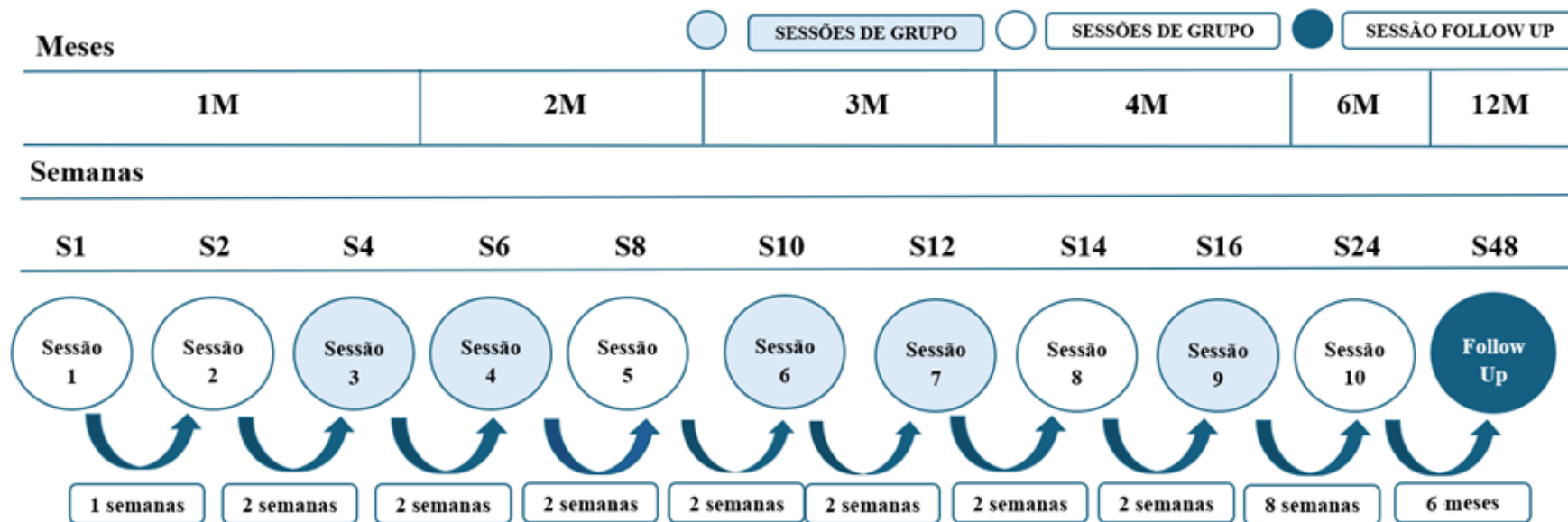
As sessões de grupo decorrerão no formato de grupo fechado com uma duração de 90 minutos e serão compostas por um limite máximo de 8 participantes de modo a garantir a dinâmica do grupo em caso de alguma falta, mas também a qualidade dos conteúdos partilhados que poderia ficar comprometida em grupos maiores. As referidas sessões ocorrerão nas semanas 4, 6, 10, 12 e 16 conforme ilustra a Figura 9.

Figura 9 - Frequência das sessões de grupo do programa



Cada sessão de grupo compreende a realização de exercícios breves de relaxamento, alguns deles inspirados no *mindfulness*, no início de cada sessão de modo a otimizar a assimilação e processamento das informações; seguindo-se a revisão dos trabalhos de casa (exceto na primeira sessão de grupo); apresentação de novos conteúdos, que preconiza a promoção da consciencialização da problemática a abordar e o treino de competências e por fim uma breve psicoeducação para síntese dos temas abordados e encerramento da sessão. A Figura 10 representa o esquema geral das sessões que compõem o programa o qual manteve a estrutura apresentada e aceite no terceiro grupo focal.

Figura 10 - Estrutura global do programa CAEDO - Coping Cancer





Antes de dar início à implementação do programa, será obrigatoriamente realizada a sessão zero, durante a qual serão avaliados, tanto o cumprimento dos critérios de inclusão como a ausência de critérios de exclusão, de modo a assegurar que os participantes reúnem as condições necessárias para integrar o programa, conforme indicado na Tabela 13.

**Tabela 13 - Objetivos e atividades da sessão 0**

<b>Sessão 0</b>	
<b>OBJETIVOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>○ Identificação dos Focos de Enfermagem</li><li>○ Identificação dos critérios de inclusão e exclusão</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Entrevista Inicial</li><li>○ Avaliação do Estado Mental</li></ul>

Como critérios de inclusão foi determinado ter: idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico de doença oncológica efetuado até 3 meses, conforme sugerido por Cook et al. (2018); ter conhecimento do diagnóstico de doença oncológica; saber ler e escrever em português; consentir de forma livre e esclarecida participar no programa e ter pelo menos um dos seguintes diagnósticos de enfermagem: ansiedade, medo, falta de conhecimento sobre a doença e disponibilidade para *coping* efetivo.

Como critérios de exclusão foi definindo: doente referenciado para cuidados paliativos e/ou apresentar descompensação sintomática grave (psíquica e/ou física), conforme indicado na Tabela 14.

**Tabela 14 - Critérios de inclusão e exclusão do CAEDO – Coping Cancer**

<b>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade igual ou superior a 18 anos,</li><li>• Diagnóstico de doença oncológica efetuado até 3 meses,</li><li>• Ter conhecimento do diagnóstico de doença oncológica,</li><li>• Saber ler e escrever em português;</li><li>• Consentir de forma livre e esclarecida participar no programa,</li><li>• Ter pelo menos um dos seguintes diagnósticos de enfermagem:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Ansiedade,</li><li>○ Medo,</li><li>○ Falta de conhecimento sobre a doença,</li><li>○ Disponibilidade para <i>coping</i> efetivo.</li></ul></li></ul>
<b>CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Doente referenciado para cuidados paliativos</li><li>• Apresentar descompensação sintomática (psíquica e/ou física)</li></ul>

Para garantir a homeostasia da dinâmica do grupo e a eficácia do programa psicoterapêutico, foram determinadas regras de funcionamento do mesmo, conforme as sugestões partilhadas no terceiro grupo focal, nomeadamente do que diz respeito ao regime de faltas. Deste modo, definiu-se que a sessão individual 1,2 e 10 (das semanas S1, S2 e S24) são de carácter obrigatório assim como a 1ª sessão de grupo (da semana S4). Ainda, nas sessões de grupo foi estipulado uma presença mínima obrigatória de 3 sessões a contar com a primeira.

A planificação das sessões individuais foi estruturada em quatro etapas: sessão inicial, sessões intermédias, sessão final e sessão de *follow up* conforme explanado na Tabela 15.

**Tabela 15 - Planificação das sessões individuais**

<b>SESSÕES INICIAIS</b>	
<b>Sessão 1 - Semana 1</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Efetuar o acolhimento inicial,</b></li> <li>○ <b>Realizar entrevista de avaliação diagnóstica.</b></li> <li>○ <b>Definição dos critérios de resultado</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Estabelecer relação terapêutica,</li> <li>○ Promover apoio emocional,</li> <li>○ Identificar os recursos de adaptação,</li> <li>○ Identificar rede social de apoio,</li> <li>○ Determinar e avaliar processo familiar,</li> <li>○ Informar sobre o programa,</li> <li>○ Contratualizar a adesão ao programa.</li> </ul>
<b>SESSÕES INTERMÉDIAS</b>	
<b>Sessão 2,5, 8 - Semana 2, 8, 14</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Monitorizar o processo de adaptação à doença/ <i>coping</i>,</b></li> <li>○ <b>Consolidar habilidades desenvolvidas nas sessões de grupo,</b></li> <li>○ <b>Identificar e intervir perante necessidades específicas relacionadas com o processo de adaptação à doença/ <i>coping</i> (ex: intervir na crise).</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avaliar o progresso entre as sessões,</li> <li>○ Identificar necessidades em saúde (físicas e mentais),</li> <li>○ Reforçar competências,</li> <li>○ Promover competências de regulação emocional, comunicação assertiva, relaxamento e gestão do stresse,</li> <li>○ Facilitar informação e acesso a recursos de apoio,</li> <li>○ Assistir na promoção do <i>coping</i>,</li> </ul>

<p>Nota: A família/cuidador/pessoa significativa poderá ser envolvida nas sessões individuais se considerado pertinente no processo terapêutico individual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Apoiar e orientar no processo de tomada de decisão,</li> <li>○ Apoiar na tomada de consciência da mudança de papéis familiares e na adaptação pretendida pelos membros da família (quando indicado),</li> <li>○ Assistir a família na implementação das estratégias necessárias (quando indicado).</li> </ul>
<b>SESSÃO INDIVIDUAL FINAL</b>	
<b>Sessão 10 - Semana 24</b>	
<b>Objetivos</b>	<b>Atividades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Avaliação dos resultados obtidos,</b></li> <li>○ <b>Reforço das habilidades desenvolvidas.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avaliar e elogiar progressos efetuados na adaptação à doença oncológica,</li> <li>○ Avaliar resultados NOC definidos,</li> <li>○ Reforçar o conhecimento sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ autocontrolo da ansiedade e do medo,</li> <li>✓ estratégias de <i>coping</i>,</li> <li>✓ doença, tratamentos, efeitos secundários e recursos de apoio.</li> </ul> </li> <li>→ (ajustar ensino conforme as necessidades individuais).</li> <li>○ Solicitar feedback sobre as habilidades de <i>coping</i> desenvolvidas,</li> <li>○ Negociar implementação das habilidades de <i>coping</i> desenvolvidas em situações futuras,</li> <li>○ Calendarizar consulta individual de <i>follow up</i> em 6M.</li> </ul>
<b>SESSÃO INDIVIDUAL FOLLOW UP (6 meses após término do programa)</b>	

Semana 48	
Objetivos	Atividades
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Reavaliação do processo de adaptação/<i> coping</i> à doença oncológica.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Avaliar sinais e sintomas de ansiedade e/ou medo,</li> <li>○ Validar e reforçar conhecimento sobre autocontrolo da ansiedade e do medo,</li> <li>○ Incentivar o autocontrolo da ansiedade e/ou medo,</li> <li>○ Avaliar mecanismos de <i> coping</i> utilizados e sua eficácia,</li> <li>○ Validar e reforçar conhecimento sobre estratégias de <i> coping</i>,</li> <li>○ Reforçar habilidades de <i> coping</i> a serem implementadas em situações atuais e/ou futuras,</li> <li>○ Validar e reforçar o conhecimento sobre a doença, tratamentos, efeitos secundários e recursos de apoio, →(ajustar ensino conforme as necessidades individuais).</li> </ul>

As cinco sessões de grupo foram cuidadosamente estruturadas para abordar conteúdos distintos em cada encontro, com o objetivo de promover a aquisição de competências e conhecimentos essenciais para o objetivo central deste programa. De modo a apoiar a dinamização das sessões foi elaborado um caderno de fichas, no qual constam os exercícios e dinâmicas a realizar, quer presencialmente, quer em casa.

As sessões foram denominadas de: "Enfrentando o Diagnóstico", "Autoregulação Emocional", "Gestão do (*Di*)stress", "Nutrir as Relações Interpessoais" e "Viver Significativamente"; cuja planificação é apresentada na Tabela 16. No final de cada sessão de grupo é preconizado o envio de trabalhos de casa, de forma a promover a reflexão, integração e aplicação dos princípios terapêuticos, que de acordo com alguns estudos, contribuem significativamente para o sucesso da intervenção (Chen et al., 2021; Fergus et al., 2022; Johns et al., 2020a; Johns et al., 2020b; Pace et al., 2019).

Tabela 16 - Planificação das sessões de grupo

SESSÃO DE GRUPO G1: “Enfrentar o diagnóstico”		
Sessão 3 - Semana 4		
Objetivos	Estratégias	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Acolher o grupo e explicar regras de funcionamento das sessões,</b></li> <li>○ <b>Facilitar a aceitação do diagnóstico.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Acolher os participantes,</li> <li>○ Informar sobre as regras de participação:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Frequência obrigatória,</li> <li>→ Confidencialidade,</li> <li>→ Conduta pessoal.</li> </ul> </li> </ul>	5'
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilitar a interação entre os participantes no grupo,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dinâmica de quebra-gelo para apresentação dos participantes.</li> </ul> </li> </ul>	15'
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Explorar crenças e pensamentos disfuncionais,</li> <li>○ Promover a consciencialização das habilidades de <i> coping </i> implementadas e avaliar a sua eficácia,</li> <li>○ Motivar para a mudança de comportamento e assistir na automodificação,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dinâmica: “A viagem à descoberta de si”.</li> </ul> </li> </ul>	10'
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de relaxamento:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Exercício de “Respiração Triangular”.</li> </ul> </li> </ul>	50'
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Síntese de conceitos e encerramento da sessão,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tarefa para realizar em casa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ “Cultivando a Atenção Plena”,</li> <li>→ “Ficha: Quem Sou eu?”.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	10'
SESSÃO DE GRUPO G2: “Autoregulação emocional”		

<b>Sessão 4- Semana 6</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Facilitar a comunicação e expressão de emoções,</b></li> <li>○ <b>Promover a regulação emocional.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de relaxamento: →Exercício breve inspirado no <i>mindfulness</i>: “Consciência corporal”.</li> </ul>	10’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reflexão e análise das tarefas realizadas em casa, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação e reforço dos progressos efetuados.</li> </ul> </li> </ul>	10’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promover a identificação, compreensão e nomeação das emoções, →Dinâmica “Balão dos sentimentos”.</li> </ul>	15’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Facilitar o autocontrolo da ansiedade e do medo,</li> <li>○ Identificar e reforçar as emoções positivas,</li> <li>○ Promover a modificação das respostas emocionais, →Dinâmica “A bagagem emocional”.</li> </ul>	40’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Síntese de conceitos e encerramento da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tarefas para realizar em casa:</b> →“Respiração com os 5 Dedos”, →“Reconheça os seus sentimentos”.</li> </ul> </li> </ul>	15’
<b>SESSÃO DE GRUPO (G3): “Gestão do (di)stress”</b>		
<b>Sessão 6 - Semana 10</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Facilitar comunicação e expressão de emoções,</b></li> <li>○ <b>Promover a gestão do stresse.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de relaxamento: → Exercício de imaginação guiada: “Visualizo o melhor de mim”.</li> </ul>	10’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reflexão e análise das tarefas realizadas em casa, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação e reforço dos progressos efetuados.</li> </ul> </li> </ul>	10’

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promover a consciencialização dos mecanismos de resposta a situações geradoras de <i>distress</i>,</li> <li>○ Assistir na mudança do processo de pensamento,</li> <li>○ Treinar estratégias de modificação de comportamento, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnica de mediação artístico-expressiva, <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dinâmica “Os meus problemas”</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	35’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar treino de resolução de problemas: <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dinâmica “Resolução de problemas em 4 frases” e “Desconstrução do Problema,</li> </ul> </li> </ul>	25’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Síntese de conceitos e encerramento da sessão, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tarefas para realizar em casa:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ “Aceitar que nem tudo controlo”</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	10’
<b>SESSÃO DE GRUPO (G4): “Nutrindo as relações interpessoais”</b>		
<b>Sessão 7- Semana 12</b>		
<b>Objetivos</b>	<b>Estratégias</b>	<b>Tempo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Promoção da autoestima, autoeficácia e autocuidado,</b></li> <li>○ <b>Promover a comunicação assertiva nas relações interpessoais,</b></li> <li>○ <b>Promover habilidades de eficácia interpessoal: imposição de limites.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de relaxamento; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercício breve inspirado no <i>mindfulness</i>: “Meditação compassiva”,</li> </ul> </li> </ul>	10’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reflexão e análise das tarefas realizadas em casa, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação e reforço dos progressos efetuados.</li> </ul> </li> </ul>	10’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Treino de comunicação assertiva e autocompassiva,</li> <li>○ Técnica de mediação artístico-expressiva, <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dinâmica: “Como me vejo, como os outros me veem”,</li> </ul> </li> </ul>	45’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brainstorming sobre estilos de comunicação e imposição de limites,</li> </ul>	15’

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Síntese de conceitos e encerramento da sessão: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tarefas para realizar em casa:</b></li> <li>→ “Uma carta para mim”,</li> </ul> </li> </ul>	10’
<b>SESSÃO DE GRUPO (G5): “Vivendo significativamente”</b>		
<b>Sessão 9 - Semana 16</b>		
Objetivos	Estratégias	Tempo
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Promoção da autoestima, autoeficácia e autocuidado,</b></li> <li>○ <b>Facilitar a resignificação da vivência da doença oncológica,</b></li> <li>○ <b>Reforço das habilidades de <i> coping </i> desenvolvidas ao longo das sessões anteriores.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Executar técnica de relaxamento: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exercício breve inspirado no <i> mindfulness </i>: “Meditação da gratidão”,</li> </ul> </li> </ul>	15’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reflexão e análise das tarefas realizadas em casa, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação e reforço dos progressos efetuados,</li> </ul> </li> </ul>	10’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Assistir na mudança no processo de pensamento, <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dinâmica “Resignifico a experiência”,</li> </ul> </li> </ul>	25’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Promoção do <i> coping </i> efetivo, <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dinâmica “(Re)construa a sua casa segura,</li> </ul> </li> </ul>	30’
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Síntese de conceitos e encerramento da sessão, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Tarefas para realizar em casa:</b></li> <li>→ “Frasco da gratidão”.</li> </ul> </li> </ul>	10’

A avaliação dos resultados obtidos no programa psicoterapêutico CAEDO - *Coping Cancer* deverá ser efetuada sempre que possível, com recurso à análise dos resultados da versão mais atual da NOC. Contudo, poderão ser utilizados outros instrumentos que se revelem pertinentes para a monitorização dos focos de atenção elegidos, ( *coping* , ansiedade, medo, conhecimento) desde que devidamente traduzidos e validados para a população portuguesa.

As intervenções e atividades propostas neste programa pretendem organizar e sistematizar as intervenções psicoterapêuticas de enfermagem implementadas nas pessoas com doença oncológica no domínio do  *coping* , ansiedade, medo e conhecimento.

## CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Ao concluir a presente investigação, verificamos que o estudo desenvolvido, estruturado em quatro etapas, constitui um significativo contributo para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem especializados em saúde mental. Este trabalho reconhece a importância de responder às necessidades emocionais que advêm da vivência da doença oncológica, promovendo um cuidado mais holístico e sensível às dimensões emocionais da pessoa que se encontra a vivenciar este processo.

Neste sentido, estamos em condições de afirmar que os objetivos definidos previamente foram integralmente alcançados ao longo do desenvolvimento desta dissertação de mestrado.

Elaborando uma análise sumária, mas integrativa da investigação, consideramos que a *scoping review* realizada na primeira etapa do estudo revelou a crescente valorização da intervenção dos enfermeiros na promoção do *coping* nas pessoas com doença oncológica, sublinhando a necessidade de uma abordagem holística e personalizada.

Apesar das limitações metodológicas inerentes à *scoping review*, os resultados enfatizaram o impacto positivo das intervenções de enfermagem na mitigação dos efeitos psicossociais do cancro e na subsequente melhoria da sua qualidade de vida e bem-estar global. Este achado reforçou a importância de continuar a investigar e a expandir as intervenções promotoras do *coping* no contexto oncológico, adaptando-as às necessidades específicas desta população.

Nas etapas subsequentes, os grupos focais realizados com utentes e enfermeiros peritos proporcionaram uma compreensão mais profunda das necessidades e perceções de ambos os grupos, permitindo responder às questões de investigação formuladas e construir de forma mais precisa e ajustada o programa psicoterapêutico proposto.

Os utentes enfatizaram a relevância do suporte emocional, da gestão do stress e da comunicação como componentes essenciais para o seu processo de adaptação, enquanto os enfermeiros peritos destacaram a necessidade de intervenções precoces e personalizadas, sugerindo a construção de um programa psicoterapêutico baseado essencialmente na relação de ajuda.

A abordagem existencial-humanista de Chalifour (2008) alinha-se com os princípios da relação de ajuda, ao ressaltar o papel do enfermeiro como facilitador do processo terapêutico, ajudando o utente a explorar os seus sentimentos e comportamentos,

promovendo a sua autonomia e a sua capacidade para encontrar soluções para as necessidades emocionais apresentadas.

A IV e última etapa, desta investigação compreendeu a construção do CAEDO - *Coping Cancer*, programa psicoterapêutico de enfermagem para pessoa adulta com doença oncológica, o qual advém das evidências recolhidas ao longo das três primeiras etapas do estudo e que representa o culminar deste percurso de investigação.

Na perspetiva dos investigadores, este programa assume-se como um ponto de partida crucial para a organização e sistematização das intervenções psicoterapêuticas realizadas pelos enfermeiros especialistas em ESMP, no contexto da promoção da adaptação à doença, através da validação e minimização do sofrimento emocional a ela associado.

Além das evidências que emergiram dos estudos prévios, a construção do CAEDO - *Coping Cancer*, foi também suportada, pelos referenciais teóricos de enfermagem, dos quais se destaca a teoria das transições de Meleis, que defende o processo de adaptação como uma procura constante pela homeostasia interna que se reflete no controlo do sofrimento de acordo com os desafios impostos pelos eventos de vida (Meleis, 2010).

O Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem revelou-se igualmente fundamental, ao fornecer a base metodológica que suportou todo o programa desenvolvido, transformando-o num recurso terapêutico destinado a promover e apoiar a implementação efetiva de intervenções psicoterapêuticas enquanto uma intervenção autónoma de Enfermagem (Sampaio et al., 2018).

No decorrer da presente investigação, surgiu a possibilidade de assistir a algumas sessões do programa de intervenção psicoterapêutica de grupo para mulheres com cancro de mama intitulado de “Autoregulação das Emoções”, desenvolvido por uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica que exerce funções no Hospital de Dia de Oncologia do Hospital Beatriz Ângelo. Este estágio de observação revelou-se inspirador e contribuiu de forma positiva para enquadrar melhor a operacionalização de um programa psicoterapêutico de enfermagem para as pessoas com doença oncológica. Além disso, possibilitou aferir as principais dificuldades encontradas no decorrer do mesmo e discutir possíveis soluções e estratégias para as otimizar.

Foi igualmente possível divulgar os resultados preliminares da Etapa I, nas III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia que tiveram lugar nos Açores nos dias 22,23 e 24 de abril de 2024, mediante a apresentação do poster intitulado “Intervenções de Enfermagem Promotoras do *Coping* na Pessoa com Doença Oncológica – *Scoping Review*: resultados preliminares” que auferiu uma menção honrosa (cf. Anexo G).

Bem como a divulgação do poster subordinado ao tema “Construção de um Programa Psicoterapêutico de Enfermagem Promotor do *Coping* na Pessoa com Doença Oncológica: Protocolo de Projeto de Investigação” no OncoSummit 1º Congresso de Oncologia e Estilo de Vida que decorreu em Lisboa nos dias 10,11 e 12 de maio de 2024 (cf. Anexo H).

As conclusões extraídas possibilitaram uma análise contextualizada do fenómeno, fornecendo um significativo incentivo para a reflexão teórica e prática, que realça a importância da promoção do *coping* enquanto estratégia crucial para empoderar esta população, para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos facilitadores do processo de adaptação à doença.

Deste modo, reconhece-se que os enfermeiros especialistas em ESMP são detentores de competências e conhecimentos que os distinguem pela capacidade, de integrar na prática, não apenas as necessidades físicas apresentadas pelas pessoas com doença oncológica, (seja devido ao processo patológico que apresentam, seja secundário aos tratamentos que estão ou estiveram a realizar); mas também as necessidades em saúde mental inerentes à vivência do processo patológico (Ordem dos Enfermeiros, 2015, 2018).

O referido programa, assume-se assim como um instrumento terapêutico útil na promoção do *coping*, demonstrando a potencialidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica para alinhar as suas práticas com as necessidades emergentes da população oncológica e com as diretrizes internacionais e nacionais emanadas.

Em suma, esperamos que os resultados decorrentes desta investigação sirvam como um ponto de referência para uma melhor compreensão do *coping* na doença oncológica.

Dado que as investigações realizadas não se encerram em si mesmas, sugere-se em investigações futuras, a realização de um ensaio clínico randomizado, que possibilite obter evidências válidas e confiáveis sobre a eficácia e segurança da aplicabilidade do presente programa nesta população. Este tipo de estudo contribuirá para a validação e aprimoramento do programa psicoterapêutico desenvolvido que reforçará o papel importante que os enfermeiros podem desempenhar na resposta a esta problemática.

Estamos em crer, que ao longo do desenvolvimento desta dissertação, foi possível demonstrar, de forma abrangente, a aquisição de todas as competências requeridas para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, conforme Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto (2018).

Através da aplicação rigorosa das metodologias adotadas e da análise dos resultados obtidos, evidenciou-se um conhecimento aprofundado na área específica da enfermagem de

saúde mental e psiquiátrica. Além disso, este trabalho contribuiu para o desenvolvimento de novas competências profissionais, alicerçadas na investigação, inovação e aprimoramento contínuo, elementos essenciais para a excelência nesta área de especialização.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., Cruz, E. D. la, & Ramírez, T. (2020). El límite de Marsha: Terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Neuroscience*, *1*, 5–11.
- Alsughayer, L. Y., Altamimi, L. A., Alsaleh, F. S., Alsaghan, L., Alfurayh, I., Abdel-Aziz, N. M., Alsaleh, K. A., & Alosaimi, F. D. (2021). Prevalence and determinants of distress among oncology patients at a tertiary care medical city in Riyadh, Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, *42*(7), 761–768. <https://doi.org/10.15537/smj.2021.42.7.20210121>
- Antoni, M. H., Moreno, P. I., & Penedo, F. J. (2023). Stress Management Interventions to Facilitate Psychological and Physiological Adaptation and Optimal Health Outcomes in Cancer Patients and Survivors. *Annual Review of Psychology*, *74*, 423. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-030122-124119>
- Antoniazzi, A. S., Dell’Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *3*(2), 273–294. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000200006>
- Arumugam, A., Phillips L.R., Moore, A., Kumaran, S.D., Sampath. K.K., Migliorini, F., Maffulli, N., Ranganadhababu, B.N., Hegazy, F., Botto-van Bemden, A. (2023). Patient and public involvement in research: A review of practical resources for young investigators. *BMC Rheumatology*, *7*(1). <https://doi.org/10.1186/s41927-023-00327-w>
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *The American Psychologist*, *59*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20>
- Bray, F., Laversanne, M., Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Soerjomataram, I., & Jemal, A. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *74*(3), 229–263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
- Brown, J. S., Amend, S. R., Austin, R. H., Gatenby, R. A., Hammarlund, E. U., & Pienta, K.

- J. (2023). Updating the Definition of Cancer. *Molecular Cancer Research*, 21(11), 1142–1147. <https://doi.org/10.1158/1541-7786.MCR-23-0411>
- Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2003). Cancer distress screening: Needs, models, and methods. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(5), 403–409. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00514-2](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00514-2)
- Caruso, R., Nanni, M. G., Riba, M. B., Sabato, S., & Grassi, L. (2017). The burden of psychosocial morbidity related to cancer: Patient and family issues. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 29(5), 389–402. <https://doi.org/10.1080/09540261.2017.1288090>
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Vol. 1). Lusodidacta.
- Chen, H. L., Annie Kao, T.S., Reuille, K. M., & Northouse, L. (2021). FOCUS Program: Treating Patients With Cancer and Family Caregivers as a Unit of Care. *Clinical journal of oncology nursing*, 25(3), E17–E25.
- Chen, M., Gong, J., Cao, Q., & Li, Q. (2022). The development and evaluation of a web-based complex intervention: The caring for couples coping with colorectal cancer «4Cs: CRC» program. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 9(5), 100050
- Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*. Chinn, P.L., Ed., Nursing Research Methodology, Aspen Publication, Boulder, CO. <http://repository.upenn.edu/nrs>
- Chow, K. M., Chan, C. W. H., Choi, K. C., Siu, K. Y., Fung, H. K. S., & Sum, W. M. (2020). A theory-driven psycho-educational intervention programme for gynaecological cancer patients during treatment trajectory: A randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 29(2), 437–443.
- Comissão Europeia. (2022). *Commission Implementing Decision of 21.11.2022 on the financing of the Programme for the Union's action in the field of health ('EU4Health Programme') and the adoption of the work programme for 2023*. [https://health.ec.europa.eu/publications/2023-eu4health-work-programme\\_en](https://health.ec.europa.eu/publications/2023-eu4health-work-programme_en)
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127.

- Cook, S. A., Salmon, P., Hayes, G., Byrne, A., & Fisher, P. L. (2018). Predictors of emotional distress a year or more after diagnosis of cancer: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 27(3), 791–801. <https://doi.org/10.1002/pon.4601>
- Despacho n.º 13227/2023, 2023. (2023). *Diário da República n.º 248/2023, Série II de 2023-12-27*, 51–80. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>
- Dev, R., Agosta, M., Fellman, B., Reddy, A., Baldwin, S., Arthur, J., Haider, A., Carmack, C., Hui, D., & Bruera, E. (2023). Coping Strategies and Associated Symptom Burden Among Patients With Advanced Cancer. *The Oncologist*, 29(2), 166–175. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyad253>
- Dias, E., & Pais-Ribeiro, J. (2019). *O Modelo de Coping de Folkman e Lazarus: Aspectos Históricos e Conceituais Coping Model of Folkman and Lazarus: Historical and Conceptual Aspects El Modelo de Coping de Folkman y Lazarus: Aspectos Históricos y Conceptuales*. <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
- Fergus, K., Ahmad, S., Gardner, S., Ianakieva, I., McLeod, D., Stephen, J., Carter, W., Periera, A., Warner, E., & Panchaud, J. (2022). Couplelinks online intervention for young couples facing breast cancer: A randomised controlled trial. *Psycho-oncology*, 31(3), 512–520.
- Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., Znaor, A., Soerjomataram, I., & Bray, F. (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today>
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine (1982)*, 45(8), 1207–1221. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(97\)00040-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00040-3)
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21(1), 3–14. <https://doi.org/10.1080/10615800701740457>
- Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, 19(9), 901–908. <https://doi.org/10.1002/pon.1836>
- Grassi, L., Caruso, R., Riba, M. B., Lloyd-Williams, M., Kissane, D., Rodin, G., McFarland,

- D., Campos-Ródenas, R., Zachariae, R., Santini, D., & Ripamonti, C. I. (2023). Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline†. *ESMO Open*, 8(2). <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2023.101155>
- Greally, H., Love, D., & Mullen, L. (2020). *Hospital and Community-based Psychosocial Care for Patients with Cancer and their Families: A Model of Care for Psycho-Oncology*. HSE.Ie. <https://www.hse.ie/eng/services/list/5/cancer/profinfo/psycho-oncology-programme/model%20of%20care.pdf>
- Hamidian, P., Rezaee, N., Shakiba, M., & Navidian, A. (2019). The Effect of Cognitive-Emotional Training on Post-traumatic Growth in Women with Breast Cancer in Middle East. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 26(1), 25–32.
- Harami, R. V., Ghorbani, A., Ghaffariyan, S., Asgari, N., Akbari, M., Ranjbaran, F., Aliabadi, H. K., & Jamali, N. (2023). Psychological and psychiatric issues in patients diagnosed with cancer: A review study. *Journal of Preventive Epidemiology*, 9(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.34172/jpe.2024.35238>
- Holland, J. C., & Alici, Y. (2010). Management of distress in cancer patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 8(1), 4–12.
- Holland, J. C., Lazenby, M., & Loscalzo, M. J. (2015). Was There a Patient in Your Clinic Today Who Was Distressed? *Journal of the National Comprehensive Cancer Network: JNCCN*, 13(9), 1054–1056. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2015.0129>
- ICN. (2019). *ICNP Browser*. ICN - International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Jacobsen, P. B., & Jim, H. S. (2008). Psychosocial interventions for anxiety and depression in adult cancer patients: Achievements and challenges. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(4), 214–230. <https://doi.org/10.3322/CA.2008.0003>
- Jacobsen, P. B., & Wagner, L. I. (2012). A new quality standard: The integration of psychosocial care into routine cancer care. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, 30(11), 1154–1159. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.39.5046>
- Johns S.A., Beck-Coon K., Stutz P.V., Talib T.L., Chinh K., Cottingham A.H., Schmidt K., Shields C., Stout M.E., Stump T.E., Monahan P.O., Torke A.M., Helft P.R. (2020). Mindfulness Training Supports Quality of Life and Advance Care Planning in

- Adults With Metastatic Cancer and Their Caregivers: Results of a Pilot Study. *The American journal of hospice & palliative care*, 37(2), 88–99.
- Johns S.A., Stutz P.V., Talib T.L., Cohee A.A., Beck-Coon K.A., Brown L.F., Wilhelm L.R., Monahan P.O., LaPradd M.L, Champion V.L, Miller K.D, Giesler R.B. (2020). Acceptance and commitment therapy for breast cancer survivors with fear of cancer recurrence: A 3-arm pilot randomized controlled trial. *Cancer*, 126(1), 211–218.
- Kim, H. K., & Yoo, Y.S. (2022). [Effects of the Advanced Practice Nurse-Led Psychoeducational Program for Colorectal Cancer Survivors]. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 52(3), 245–260.
- Kissane, D. (2009). Beyond the psychotherapy and survival debate: The challenge of social disparity, depression and treatment adherence in psychosocial cancer care. *Psycho-Oncology*, 18(1), 1–5. <https://doi.org/10.1002/pon.1493>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. SAGE Publications.
- Lai, H.L., Chen, C.I., Lu, C.Y., & Huang, C.Y. (2021). Cognitive Behavioral Therapy plus Coping Management for Depression and Anxiety on Improving Sleep Quality and Health for Patients with Breast Cancer. *Brain sciences*, 11(12). <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=34942916&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Lambert, S. D., Duncan, L. R., Ellis, J., Robinson, J. W., Sears, C., Culos-Reed, N., Matthew, A., De Raad, M., Schaffler, J. L., Mina, D. S., Saha-Chaudhuri, P., McTaggart-Cowan, H., & Peacock, S. (2021). A study protocol for a multicenter randomized pilot trial of a dyadic, tailored, web-based, psychosocial, and physical activity self-management program (TEMPO) for men with prostate cancer and their caregivers. *Pilot and feasibility studies*, 7(1), 78.
- Lang-Rollin, I., & Berberich, G. (2018). Psycho-oncology. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 13–22. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/ilangrollin>
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234–247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub. Co. <http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/S97808>

- Lefebvre, C., Glanville, J., Briscoe, S., Littlewood, A., Marshall, C., Metzendorf, M.-I., Noel-Storr, A., Rader, T., Shokraneh, F., Thomas, J., Wieland, L. S., & Group, on behalf of the C. I. R. M. (2019). Searching for and selecting studies. Em *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (pp. 67–107). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781119536604.ch4>
- Linehan. (2018). *Treinamento de habilidades em DBT: manual de terapia comportamental dialética para o terapeuta. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed. (2ª ed).* Artmed Editora.
- Lins, M., Ferreira, G. D, Souza, L. S., Ludwig, M., & Klaus, R. (2020). Modelo de intervenção com a terapia comportamental dialética em famílias com desregulação emocional. Em Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé (Orgs.), PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 7 (pp. 9–52). Porto Alegre: Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).
- Maheu, C., Singh, M., Courbasson, C., Sarvanantham, S., Lambert, S., Dubois, S., Charbonneau, A., Grantner, R., Baku, L., McCready, D., Zanchetta, M., Tock, W. L., Hébert, M., & Howell, D. (2023). A proof-of-concept study of iCope: A nurse-led psychoeducational telephone intervention for women attending a rapid diagnostic centre for breast abnormality. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 33(1), 101–107.
- Matthys, O., De Vleminck, A., Dierickx, S., Deliëns, L., Van Goethem, V., Lapeire, L., Groenvold, M., Lund, L., Arnfeldt, C. M., Sengeloev, L., Pappot, H., Johnsen, A. T., Guerin, S., Larkin, P. J., Jordan, C., Connolly, M., D’Alton, P., Costantini, M., Di Leo, S., ... Cohen, J. (2021). Effectiveness of a nurse-delivered (FOCUS+) and a web-based (iFOCUS) psychoeducational intervention for people with advanced cancer and their family caregivers (DIAdIC): Study protocol for an international randomized controlled trial. *BMC palliative care*, 20(1), 193.
- Mehnert, A., Hartung, T. J., Friedrich, M., Vehling, S., Brähler, E., Härter, M., Keller, M., Schulz, H., Wegscheider, K., Weis, J., Koch, U., & Faller, H. (2018). One in two cancer patients is significantly distressed: Prevalence and indicators of distress. *Psycho-Oncology*, 27(1), 75–82. <https://doi.org/10.1002/pon.4464>

- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *ANS. Advances in Nursing Science*, 23(1). <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory*. [https://books.google.com/books/about/Transitions\\_Theory.html?hl=pt-PT&id=TdLhXm5fpx8C](https://books.google.com/books/about/Transitions_Theory.html?hl=pt-PT&id=TdLhXm5fpx8C)
- Muller, I., Santer, M., Morrison, L., Morton, K., Roberts, A., Rice, C., Williams, M., & Yardley, L. (2019). Combining qualitative research with PPI: Reflections on using the person-based approach for developing behavioural interventions. *Research Involvement and Engagement*, 5(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.1186/s40900-019-0169-8>
- Nasution, L. A., Afyanti, Y., & Kurniawati, W. (2020). Effectiveness of Spiritual Intervention toward Coping and Spiritual Well-being on Patients with Gynecological Cancer. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 7(3), 273–279.
- Niedzwiedz, C. L., Knifton, L., Robb, K. A., Katikireddi, S. V., & Smith, D. J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: A growing clinical and research priority. *BMC Cancer*, 19(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6181-4>
- Nikbakhsh, N., Moudi, S., Abbasian, S., & Khafri, S. (2014). Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 5(3), 167.
- Norcross, J. C. (1990). An eclectic definition of psychotherapy. Em *What is psychotherapy? Contemporary perspectives* (pp. 218–220). Jossey-Bass.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento n.º 190/2015 | DR - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/190-2015-67058782>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 515/2018 | DR - Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

- Pace, T. W. W., Dodds, S. E., Sikorskii, A., Badger, T. A., Segrin, C., Negi, L. T., Harrison, T., & Crane, T. E. (2019). Cognitively-Based Compassion Training versus cancer health education to improve health-related quality of life in survivors of solid tumor cancers and their informal caregivers: Study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, *20*(1), 247.
- Pais-Ribeiro, J. L. P. (2006). *As variáveis psicológicas positivas como amortecedores entre situações de doença grave traumática e stress*. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/13837>
- Peixoto, T. A. D. S. M., Peixoto, N. M.D.S.M., Santos Pinto, C. A., & Vilaça de Brito Santos, C. S. (2023). Intervenção Educacional Em Enfermagem Para Promover a Adaptação Nos Sobreviventes De Câncer: Protocolo Para Estudo-Piloto: Cogitare Enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, *28*, 1–15. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.87923>
- Peters, L., Brederecke, J., Franzke, A., de Zwaan, M., & Zimmermann, T. (2020). Psychological Distress in a Sample of Inpatients With Mixed Cancer-A Cross-Sectional Study of Routine Clinical Data. *Frontiers in Psychology*, *11*, 591771. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591771>
- Peters, M., Godfrey, C., Mcinerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2024). Scoping Reviews. Em *JBI Manual for Evidence Synthesis* (2024.<sup>a</sup> ed.). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Pontífice Sousa & Ferrito. (2022). Metodologia Qualitativa Aplicada à investigação em Cuidados de Saúde. Em *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática* (1<sup>a</sup>, p. 72). LIDEL.
- Pourfallahi, M., Gholami, M., Tarrahi, M. J., Toulabi, T., & Kordestani Moghadam, P. (2020). The effect of informational-emotional support program on illness perceptions and emotional coping of cancer patients undergoing chemotherapy. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, *28*(2), 485–495.
- Ramos, F. P., Enumo, S. R. F., & Paula, K. M. P. D. (2015). Teoria Motivacional do Coping: Uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, *32*(2), 269–279. <https://doi.org/10.1590/0103-166X2015000200011>

- Reb, A. M., Borneman, T., Economou, D., Cangin, M. A., Patel, S. K., & Sharpe, L. (2020). Fear of Cancer Progression: Findings From Case Studies and a Nurse-Led Intervention. *Clinical journal of oncology nursing*, 24(4), 400–408.
- Riba, M. B., Donovan, K. A., Ahmed, K., Andersen, B., Braun, I., Breitbart, W. S., Brewer, B. W., Corbett, C., Fann, J., Fleishman, S., Garcia, S., Greenberg, D. B., Handzo, G. F., Hoofring, L. H., Huang, C.-H., Hutchinson, S., Johns, S., Keller, J., Kumar, P., ... Darlow, S. D. (2023). NCCN Guidelines® Insights: Distress Management, Version 2.2023: Featured Updates to the NCCN Guidelines. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 21(5), 450–457. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2023.0026>
- Samami, E., Elyasi, F., Mousavinasab, S. N., Shojaee, L., Zaboli, E., & Shahhosseini, Z. (2021). The effect of a supportive program on coping strategies and stress in women diagnosed with breast cancer: A randomized controlled clinical trial. *Nursing open*, 8(3), 1157–1167.
- Sampaio, F., Martins, A., Marques, J., Barreto, M., Seabra, P., & Lopes, S. (2023). *Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem*.
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, M. T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Articles publicats en revistes (Infermeria de Salut Pública, Salut mental i Maternoinfantil)*. <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/144883>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch Canut, T. (2018). Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para a Implementação na Prática Clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Semeniuk, G., Bahadini, B., Ahn, E., Zain, J., Cheng, J., Govindarajan, A., Rose, J., & Lee, R. T. (2023). Integrative Oncology and the Clinical Care Network: Challenges and Opportunities. *Journal of Clinical Medicine*, 12(12). <https://doi.org/10.3390/jcm12123946>
- SESARAM. (2023). *Consulta de Apoio Emocional ao Doente Oncológico (CAEDO) chegou a 350 utentes*. <https://www.sesaram.pt/portal/0-sesaram/comunicacao/noticias/consulta-de-apoio-emocional-ao-doente-oncologico-caedo-chegou-a-350-utentes>

- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26(26), Artigo 26. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Skinner, E., & Wellborn, J. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. *Lifespan development and behavior*, 12.
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The Development of Coping. *Annual review of psychology*, 58, 119–144. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085705>
- Skinner, E., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping. *Psychological bulletin*, 129, 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Song, L., Nielsen, M. E., Chen, R. C., Rini, C., Keyserling, T. C., Idiagbonya, E., Fuller, G. P., Northouse, L., Palmer, M. H., & Tan, X. (2022). Testing the efficacy of a couple-focused, tailored eHealth intervention for symptom self-management among men with prostate cancer and their partners: The study protocol. *Trials*, 23(1), 12.
- Sowada, K. M. (2019). Qigong: Benefits for Survivors Coping With Cancer-Related Fatigue. *Clinical journal of oncology nursing*, 23(5), 465–469.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64(4), 711–735. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00942.x>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- União Europeia. (2016). *Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>
- União Europeia. (2020). *Lutar contra o cancro na UE: estatísticas e ação (infografias)*. <https://www.europarl.europa.eu/topics/pt/article/20200131STO71517/lutar-contra-o-cancro-na-ue-estatisticas-e-acao-infografias>

- União Europeia. (2022). *Plano Europeu de Luta contra o Cancro*.  
[https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe\\_pt](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_pt)
- Van Beek, F. E., Wijnhoven, L. M. A., Custers, J. A. E., Holtmaat, K., De Rooij, B. H., Horevoorts, N. J. E., Aukema, E. J., Verheul, S., Eerenstein, S. E. J., Strobbe, L., Van Oort, I. M., Vergeer, M. R., Prins, J. B., Verdonck-de Leeuw, I. M., & Jansen, F. (2022). Adjustment disorder in cancer patients after treatment: Prevalence and acceptance of psychological treatment. *Supportive Care in Cancer*, *30*(2), 1797–1806. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06530-0>
- Vandendorpe, B., Drouet, Y., Ramiandrisoa, F., Guilbert, P., Costa, B., & Servagi-Vernat, S. (2021). Psychological and physical impact in women treated for breast cancer: Need for multidisciplinary surveillance and care provision. *Cancer Radiotherapie: Journal De La Societe Francaise De Radiotherapie Oncologique*, *25*(4), 330–339. <https://doi.org/10.1016/j.canrad.2020.12.005>
- Wang, X., Wang, N., Zhong, L., Wang, S., Zheng, Y., Yang, B., Zhang, J., Lin, Y., & Wang, Z. (2020). Prognostic value of depression and anxiety on breast cancer recurrence and mortality: A systematic review and meta-analysis of 282,203 patients. *Molecular Psychiatry*, *25*(12), 3186–3197. <https://doi.org/10.1038/s41380-020-00865-6>
- Zeilinger, E. L., Oppenauer, C., Knefel, M., Kantor, V., Schneckenreiter, C., Lubowitzki, S., Krammer, K., Popinger, C., Kitta, A., Kum, L., Adamidis, F., Unseld, M., Masel, E. K., Füreder, T., Zöchbauer-Müller, S., Bartsch, R., Raderer, M., Prager, G., Krauth, M. T., ... Gaiger, A. (2022). Prevalence of anxiety and depression in people with different types of cancer or haematologic malignancies: A cross-sectional study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *31*. <https://doi.org/10.1017/S2045796022000592>
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2016). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. Em *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention, Vol. 4, 3rd ed* (pp. 485–545). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781119125556.devpsy410>

## **ANEXOS**

# ANEXO A – PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



COMISSÃO DE ÉTICA DA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOSÉ DE CLUNY

**Parecer Nº 002/23**

O Projeto/Estudo de Investigação Clínica ***Construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping na pessoa adulta com doença oncológica***, apreciado no passado dia 18 de dezembro de 2023 e após verificadas as alterações propostas, a 8 de janeiro de 2024, a Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny delibera, por unanimidade, a emissão de **Parecer Favorável**.

A Comissão de Ética regista com agrado a forma elevada e eloquente como a Investigadora principal do projeto em análise, apresentou-o e acolheu as propostas efetuadas por esta comissão.

Solicita-se ao investigador principal que, aquando da conclusão do estudo, seja enviada uma síntese do relatório com as conclusões principais, via correio eletrónico, para esta comissão: [cetica@esesjcluny.pt](mailto:cetica@esesjcluny.pt).

Funchal, 08 de janeiro de 20 24

A Presidente da Comissão de Ética



Maria Luísa V. A. Santos

A blue official stamp of the Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny. The stamp is shield-shaped and contains the text 'ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE S. JOSÉ DE CLUNY' at the top, 'COMISSÃO DE ÉTICA' in the center, and 'VERACIDADE' and 'CARIDADE' at the bottom. A signature is written over the stamp.

Página 1 de 1

## ANEXO B – INFORMAÇÃO AO SUJEITO UTENTE

### Título do projeto:

**CONTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOTERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM  
PROMOTOR DO *COPING* NA PESSOA ADULTA COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

Na qualidade de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e no âmbito da realização de um estudo de investigação para obtenção do grau de mestre, venho por este meio convidar Vossa Exa. a participar numa reunião com a equipa de investigação e outras pessoas com antecedentes pessoais de doença oncológica a decorrer em Março de 2024 em data a definir, no sentido de identificar as necessidades em saúde mental no decorrer do processo de doença e quais os elementos-chave que farão sentido introduzir na elaboração de uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica que facilite o *coping*/adaptação à doença oncológica.

Esta reunião será audiogravada e apenas terão acesso à gravação os investigadores do projeto, e em momento algum será utilizado algum dado que possa identificá-lo. A participação neste estudo poderá causar dano emocional pela necessidade de recordar/reviver o processo de doença, contudo a coordenação por um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica prevê mitigar esse dano e oferecer apoio nesse sentido, reservando-se o utente no direito de abandonar o estudo em qualquer momento sem qualquer penalização.

Mais se informa que o estudo mereceu a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny não auferindo de nenhuma bolsa de estudo ou fundo de investigação. Ao longo da investigação será garantida a confidencialidade e anonimato dos dados de acordo com a legislação em vigor. A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza à sua participação e em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Enquanto investigadora principal e em nome da restante equipa, manifesto os nossos agradecimentos pela sua participação, e manifesto a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

**Investigador Principal do Projeto:** Ana Pereira / Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica/ [anaraquelspereira@gmail.com](mailto:anaraquelspereira@gmail.com) Telemóvel: 969012831

**Assinatura do Investigador:** \_\_\_\_\_

**Data:** 03/01/2024

## ANEXO C – INFORMAÇÃO AO SUJEITO: PERITOS

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi efetuada, queira assinar o documento de consentimento livre e esclarecido.

### **Título do projeto:**

**CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOTERAPÊUTICO DE ENFERMAGEM PROMOTOR DO *COPING* NA PESSOA ADULTA COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

Na qualidade de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica a exercer funções no Serviço Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira – SESARAM, EPERAM; e no âmbito da realização de um estudo de investigação inserido no Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, lecionado pelo consórcio Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa — Alto Tâmega e Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias; venho por este meio convidar Vossa Exa. a participar num grupo focal com peritos, no sentido identificar quais os elementos-chave e estrutura a considerar na construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem, promotor do  *coping*  na pessoa adulta com doença oncológica.

-----  
O referido procedimento experimental prevê a realização de dois grupos focais, sendo que a primeira reunião deverá ser agendada em fevereiro de 2024 e a segunda reunião entre março e abril de 2024 em data e hora a definir pelo grupo de participantes de acordo com a sua melhor disponibilidade, podendo ser necessário o agendamento de um sessão adicional de modo a saturar os dados colhidos.

As reuniões decorrerão em modo virtual na plataforma Zoom, para otimizar as questões logísticas inerentes à distância física dos vários enfermeiros, sendo que o  *link*  para acesso à mesma será enviado por correio eletrónico. Esta reunião será áudio-gravada.

Informa-se que a confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos mediante

a atribuição de um código a cada participante, não existindo em nenhum material de referência a dados de identificação.

Após análise de toda a informação recolhida, os dados serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe. Os dados recolhidos são para uso exclusivo da investigação, não existindo quaisquer interesses financeiros inerentes.

A participação dos enfermeiros peritos será voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, e em qualquer momento os participantes poderão livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Mais se informa que o presente estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação, e mereceu a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem São José Cluny.

Enquanto investigadora principal e em nome da restante equipa, manifesto os nossos agradecimentos pela sua participação, e manifesto a nossa disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

### **Investigador Principal do Projeto**

Ana Pereira / Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica/  
anaraquelspereira@gmail.com

Telemóvel: 969012831

**Assinatura do Investigador:** \_\_\_\_\_

**Data:** 03/01/2024

## **ANEXO D – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO**

De acordo com a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, o RGPD e a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

### **Título do Estudo:**

**CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA PSICOTERAPÊUTICO EM ENFERMAGEM PROMOTOR DO *COPING* NA PESSOA ADULTA COM DOENÇA ONCOLÓGICA**

Na qualidade de participante no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Desta forma, aceito de livre vontade a participação neste estudo e permito a gravação audiovisual bem como a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data:        /        /

Investigador: \_\_\_\_\_ Data: 04 / 01 / 2024

**ESTE DOCUMENTO É FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA QUEM CONSENTE**

## ANEXO E – DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO

**Estudo:** Construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping na pessoa adulta com doença oncológica.

O presente estudo está a ser conduzido por uma equipa de investigação coordenada pela Enf.<sup>a</sup> Ana Pereira, enquanto investigadora principal; pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Lourenço (ESESJCluny) e pelo Prof. Bruno Santos (ESECVP-Alto Tâmega); com o objetivo de identificar e sistematizar os princípios e elementos-chave que deverão constar na construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do  *coping*  na pessoa adulta com doença oncológica. Para o efeito será realizado um grupo focal com utentes, com o intuito de promover a partilha de experiências e pareceres sobre os elementos-chave a considerar na construção do referido programa.

Enquanto equipa de investigação comprometemo-nos a fornecer informações detalhadas sobre os objetivos e metodologia do estudo à MamaHelp Madeira e garantir que o projeto de pesquisa seja conduzido em conformidade com os padrões éticos e legais estabelecidos pelas normas nacionais e internacionais. À MamaHelp Madeira, solicita-se apoio na identificação e seleção de utentes que atendam aos critérios de inclusão para participação no grupo focal e convocação dos mesmos para a referida participação, incluindo a comunicação de informações relevantes sobre datas, horários e local das sessões. A participação dos utentes, bem como da MamaHelp Madeira, é voluntária, sem contrapartida financeira ou de outra natureza e poderá ser recusada ou interrompida a qualquer momento sem penalização.

Agradecemos antecipadamente a vossa colaboração neste projeto que visa contribuir para o desenvolvimento de conhecimento científico e aprimorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas com doença oncológica.

---

**Pretende-se convidar a vossa Exa. enquanto representante do MamaHelp Madeira**

Confirmo disponibilidade da Instituição para colaborar na identificação e convocação de pessoas com doença oncológica que possam participar no estudo

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

## **ANEXO F– DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE**

Eu, ANA RAQUEL SOARES PEREIRA, estudante n.º 1520 do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica declaro que o presente estudo de investigação subordinado à temática “Construção de um Programa Psicoterapêutico de Enfermagem promotor do  *coping* na pessoa adulta com doença oncológica”, a ser apresentado nesta instituição, não beneficia de quaisquer interesses financeiros ou de outra natureza, tal como a sua elaboração não está a ser financiada por qualquer bolsa ou fundo de investigação.

Mais informo que a participação dos enfermeiros e utentes será voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza e que em qualquer momento, os mesmos poderão livremente recusar ou interromper a sua participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Funchal, 04, de janeiro, de 2024

O/A Proponente

---

# ANEXO G – APRESENTAÇÃO DE POSTER NAS III JORNADAS ACADÉMICAS DE ENFERMAGEM DA MACARONÉSIA: MENÇÃO HONROSA

 **ESS**  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
UNIVERSIDADE DOS AÇORES

**JAM**  
JORNADAS ACADÉMICAS DE  
ENFERMERIA DE LA MACARONESIA  
ENFERMAGEM DA MACARONESIA

## Certificado

Doutor Luís Miguel Salvador Machado Gomes, como Presidente do Comité Científico  
Mestre Helena Margarida Oliveira da Silva, como Presidente do Comité Organizador  
Das III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia

Fazem constar que:

Foi atribuída ao poster “Intervenções de Enfermagem promotoras do coping na pessoa com doença oncológica - Scoping Review: resultados preliminares” da autoria de Ana Pereira, Sofia Camacho, Bruno Santos e Tânia Lourenço, uma menção honrosa aquando das III Jornadas Académicas de Enfermagem da Macaronésia, que decorreram na Escola Superior de Saúde da Universidade dos Açores durante os dias 22, 23 e 24 de abril de 2024, em modalidade presencial e virtual.

E, para que conste, assinam o presente certificado em Ponta Delgada, a 24 de abril de 2024.

  
O Presidente do Comité Científico

  
P/A Presidente do Comité Organizador

# ANEXO H – APRESENTAÇÃO DE POSTER NO ONCOSUMMIT – 1º CONGRESSO DE ONCOLOGIA E ESTILO DE VIDA

## O PRIMEIRO CONGRESSO DE ONCOLOGIA E ESTILO DE VIDA

# ONCO Summit

### CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o poster “**Construção de um programa psicoterapêutico de enfermagem promotor do coping na pessoa com doença oncológica: Protocolo de Projeto de Investigação**”, com autoria de **Ana Pereira, Sofia Caldeira, Sofia Camacho, Bruno Santos e Tânia Lourenço**, foi apresentado no OncoSummit - 1º Congresso de Oncologia e Estilo de Vida, realizado nos dias 10, 11 e 12 de maio de 2024.



[www.esloncology.com](http://www.esloncology.com)

[www.aimcancercenter.com](http://www.aimcancercenter.com)

APOIOS CIENTÍFICOS:



**MASCC**  
INTERNATIONAL ASSOCIATION OF  
SUPPORTIVE CARE IN CANCER

**APFH**  
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE  
FARMACÉUTICOS HOSPITALARES

**APFE**

associação portuguesa dos  
FISILOGISTAS DO EXERCÍCIO

**anf**

Associação Nacional das Farmácias