

Universidade Católica Portuguesa

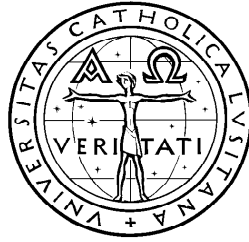
TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM PROMOTORAS
DA ADAPTAÇÃO EM MULHERES COM CANCRO
DA MAMA

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Luis Miguel Ribeiro Ferreira

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2015



Universidade Católica Portuguesa

TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM PROMOTORAS
DA ADAPTAÇÃO EM MULHERES COM CANCRO
DA MAMA

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Luis Miguel Ribeiro Ferreira

Sob a orientação da Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Sob a co-orientação do Professor Doutor Filipe Miguel Soares Pereira

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2015

*Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o
que melhor se adapta às mudanças.*

Darwin

Dedico este trabalho ao meu Pai e à minha Avó Materna, apesar da ausência física.

A minha Avó constituiu um pilar essencial na minha vida até substituindo o meu Pai após a sua ausência física. Sempre foi um exemplo de vida dada a inteligência manifestada, dissociável dos poucos estudos, forte caráter e temperamento. Só com o seu incitamento e apoio foi possível ser enfermeiro e chegar até este estado.

Agradecimentos

À Professora Célia Santos por tudo o que me tem ensinado, não só na concretização deste trabalho, mas ao longo do meu percurso escolástico e pessoal. Saliento o apoio incondicional, a atitude de incentivo e visão otimista sempre demonstrada, que favorecem qualquer percurso académico e o sentido da vida.

E, porque a vida é feita de encontros e reencontros, permitam-me acreditar que se calhar não foi por acaso que reencontrei o Filipe, na Escola que nos deu a formação de base, e que antecipadamente demonstrou disponibilidade para me ajudar na conceção e desenvolvimento deste trabalho. Agradeço-lhe o facto de facilmente alcançar a vivência dos meus momentos menos bons, racionalizando-os e ajudando-me a prosseguir.

Agradeço a ambos, professora Célia e professor Filipe, pelos ensinamentos e pela capacidade empática demonstrada em compreender as minhas angústias e a implementação de intervenções terapêuticas e eficientes, que contribuíram decididamente para o término do trabalho.

Ao Professor Paulo Parente pelo apoio incondicional sempre demonstrado em momentos menos favoráveis do meu percurso pessoal e académico.

Aos Conselhos de Administração, Direções das instituições, Enfermeiros, Técnicos de Radioterapia, Assistentes Operacionais e Administrativos que permitiram e facilitaram a concretização do estudo.

À Ana Salgado e Céu pela ajuda na concretização da última fase do trabalho, partilha e perspetiva de continuação do mesmo.

A todas as doentes que integraram o estudo.

Aos meus colegas e amigos da Escola Superior de Enfermagem do Porto e aos do Instituto Português de Oncologia e porque eles sabem quem são não os vou mencionar.

À Alexandrina pela atenção dispensada e ajuda nas questões logísticas, na acurácia demonstrada e ensinamentos manifestos.

A todos os meus amigos que compreenderam as minhas ausências e angústias.

À Paula pelo apoio e incentivo.

À minha Mãe pela percepção da minha necessidade de momentos de isolamento, levando-a a assumir ainda mais tempo o papel de avó.

Ao meu filho por tudo, mas também pelas palavras de incentivo que me foi transmitindo e capacidade demonstrada em compreender as minhas angústias, apesar de ser uma criança.

Resumo

Esta investigação tomou por objeto de estudo a promoção da adaptação da mulher ao cancro da mama, privilegiando a sua monitorização ao longo do percurso assistencial, assim como selecionando as intervenções de enfermagem mais orientadas para a sua promoção.

Neste contexto e na procura de um cuidado em enfermagem mais significativo para estas pessoas, desenvolvemos e efectuámos uma validação preliminar do “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama” e definimos ainda um painel de intervenções de enfermagem promotoras dessa adaptação.

Para efeitos da construção do instrumento, recorreremos a um percurso de investigação ancorado nos princípios dos estudos de perfil metodológico. Na definição do painel de intervenções, recorreremos a procedimentos de geração de consensos, a partir de material disponível na literatura e aquele que constava nos sistemas de informação e documentação de enfermagem de uma instituição especializada na assistência em doenças oncológicas.

O instrumento de medida abrange áreas chave no domínio da disciplina de enfermagem e que se demonstram significativas nas situações de doença crónica em geral, e no cancro da mama em particular. As dimensões identificadas foram: i) Otimismo; ii) Esperança; iii) Desempenho de papéis; iv) Comunicação/expressão de sentimentos; v) Cumprimento do plano terapêutico. Os resultados apurados, relativamente à validade e fidelidade do instrumento construído são bastante robustos, demonstrando um enorme potencial para pesquisa futura e de utilização clínica na área em estudo.

O painel de intervenções de enfermagem identificado e consensualizado demonstra um enorme potencial para ser utilizado no contexto clínico, com o objetivo de apoiar as mulheres com doença oncológica da mama no processo adaptativo, estando muito direcionado, em termos intencionalidade terapêutica, para a capacitação das mulheres para “prevenirem complicações”, desenvolverem “competências de autocuidado” e para a “gestão do regime terapêutico”.

Concluimos que o instrumento de monitorização da adaptação das mulheres e o painel de intervenções desenvolvidos na presente investigação representam um esforço de formalização do conhecimento específico de enfermagem, associado à área de atenção em estudo.

Palavras-chave: Adaptação, Cancro da mama, Intervenções de Enfermagem

Abstract

In search for further significant nursing care, we developed an adaptation monitoring tool for the above mentioned – "adaptation monitoring instrument for women with breast cancer" – and set a nursing interventions panel promoting it.

In terms of methodological options to achieve such monitoring instrument, we walked a path anchored on the principles of methodological profile studies. In order to define the nursing interventions panel to promote these women's adaptation we used procedures to generate consensus, beginning with material available in literature and in what was available in the information systems and nursing documentation of an institution specialized in assisting patients with oncological diseases, namely breast cancer.

The measuring instrument covers key areas within the scope of the subject and is clearly developing as regards chronic diseases and breast cancer, in particular. It consists of five dimensions that characterize women's adaptation, as soon as they are diagnosed, from a nursing perspective. The identified dimensions refer to: i) Optimism; ii) Hope; iii) Role playing; iv) Communication/expression of feelings; v) Plan Compliance. Results regarding the validity and accuracy of the instrument built, are quite encouraging and robust, which broadens its enormous research potential and clinical use.

The agreed and identified panel of nursing interventions consists of nursing interventions that potentially promote adaptation to breast cancer, imbued with dominant intents to empower women so as to "prevent complications," to develop "self-care skills" as well as "therapeutic regimen management. " According to our reading and standardized posture, the identified intents are very aligned with helping people in transition – the aim of nursing.

Both the monitoring instrument and the interventions panel agreed represent an effort to formalize nursing knowledge associated with the field at stake in this study.

Keywords: Adaptation, breast cancer, therapeutic intervention.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes nas entrevistas _____	87
Tabela 2. Categorias: Adaptação à doença oncológica da mama (perspetiva das mulheres com cancro da mama). _	90
Tabela 3. Caracterização dos enfermeiros _____	107
Tabela 4. Análise das Componentes Principais do “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”, variância explicada de cada fator, valores próprios ou específicos (eigenvalue) e consistência interna (alfa de Cronbach). _____	126
Tabela 5. Correlação entre as subescalas. _____	127
Tabela 6. Validade convergente entre a “Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale” (Mini-Mac) e “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”. _____	130
Tabela 7. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes na entrevista. _____	153
Tabela 8. Indicadores de resultado da NOC utilizados na interligação com a NIC. _____	158
Tabela 9. Intervenções principais selecionadas com base na NIC e nos indicadores de resultado do instrumento desenvolvido e alicerçado na NOC. _____	159
Tabela 10. Intervenções de enfermagem adequadas à linguagem da CIPE®. _____	160
Tabela 11. Intervenções de enfermagem validadas através da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados. _____	162
Tabela 12. Novas intervenções de enfermagem emergentes da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados. _____	164
Tabela 13. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de diagnóstico, com a descrição da frequência dos registos. _____	164
Tabela 14. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase cirúrgica, com a descrição da frequência dos registos. _____	165
Tabela 15. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com quimioterapia, com a descrição da frequência dos registos. _____	166
Tabela 16. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com radioterapia, com a descrição da frequência dos registos. _____	167
Tabela 17. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com hormonoterapia, com a descrição da frequência dos registos. _____	167
Tabela 18. Intervenções de enfermagem validadas pela análise documental, com a descrição da frequência dos registos nos processos clínicos. _____	168
Tabela 19. Intervenções de enfermagem do tipo: "Apoiar". _____	169
Tabela 20. Intervenções de enfermagem do tipo: "Encorajar". _____	171
Tabela 21. Intervenções de enfermagem do tipo: "Ensinar". _____	172
Tabela 22. Intervenções de enfermagem do tipo: "Providenciar". _____	173
Tabela 23. Intervenções de enfermagem do tipo: "Informar". _____	174
Tabela 24. Intervenções de enfermagem do tipo: "Envolver". _____	176
Tabela 25. Intervenções de enfermagem do tipo: "Incentivar". _____	177
Tabela 26. Intervenções de enfermagem do tipo: "Orientar". _____	178
Tabela 27. Intervenções de enfermagem do tipo: "Planear". _____	178

Tabela 28. Intervenção de enfermagem do tipo: "Referir". _____	179
Tabela 29. Intervenções de enfermagem validadas, com a descrição da frequência das unidades de registo. _____	180
Tabela 30. Novas intervenções de enfermagem resultantes das entrevistas, com a descrição da frequência das unidades de registo. _____	181
Tabela 31. Consenso das intervenções do tipo "Aconselhar". _____	181
Tabela 32. Consenso das intervenções do tipo "Apoiar". _____	182
Tabela 33. Consenso da intervenção do tipo "Assistir". _____	182
Tabela 34. Consenso das intervenções do tipo "Encorajar". _____	183
Tabela 35. Consenso das intervenções do tipo "Ensinar". _____	184
Tabela 36. Consenso das intervenções do tipo "Envolver". _____	185
Tabela 37. Consenso da intervenção do tipo "Estabelecer". _____	186
Tabela 38. Consenso da intervenção do tipo "Facilitar". _____	186
Tabela 39. Consenso das intervenções do tipo "Incentivar". _____	187
Tabela 40. Consenso das intervenções do tipo "Informar". _____	187
Tabela 41. Consenso das intervenções do tipo "Instruir". _____	188
Tabela 42. Consenso da intervenção do tipo "Orientar". _____	189
Tabela 43. Intervenção de enfermagem do tipo: "Planear". _____	189
Tabela 44. Consenso da intervenção do tipo "Providenciar". _____	190
Tabela 45. Consenso da intervenção do tipo "Referir". _____	190
Tabela 46. Consenso das intervenções do tipo "Supervisionar". _____	190
Tabela 47. Consenso das intervenções do tipo "Treinar". _____	191
Tabela 48. Novas intervenções de enfermagem sugeridas pelos peritos no Questionário Delphi – 1.ª Ronda. _____	191
Tabela 49. Consenso sobre as "novas" intervenções do tipo "Ensinar". _____	192
Tabela 50. Consenso sobre as "novas" intervenções do tipo "Informar". _____	192
Tabela 51. Consenso sobre as "novas" intervenções do tipo "Promover". _____	192
Tabela 52. Consenso sobre as "novas" intervenções do tipo "Apoiar". _____	193
Tabela 53. Consenso sobre as "novas" intervenções do tipo "Ensinar". _____	205
Tabela 54. Intervenções consideradas muito relevantes pelos enfermeiros. _____	208
Tabela 55. Intervenções consideradas como "relevantes" pelos enfermeiros. _____	215
Tabela 56. Intervenções não consideradas "relevantes" ou "muito relevantes". _____	217
Tabela 57. Intervenções promotoras da adaptação à doença oncológica mamária. _____	218

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Correspondência entre os indicadores de resultado (nível “4”) / Itens do instrumento / Domínios NOC (nível “3”). _____	108
Quadro 2. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes na entrevista. _____	152
Quadro 3. Critérios de Inclusão no Estudo de <i>Delphi</i> . _____	155
Quadro 4. Critérios do consenso estabelecido. _____	157
Quadro 5. Critérios para classificação do nível de consenso. _____	157
Quadro 6. Critérios de inclusão e exclusão no estudo quantitativo. _____	207

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da revisão da literatura _____	61
Figura 2. Processo de identificação dos indicadores / itens clinicamente úteis para monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama. _____	86
Figura 3. Processo de identificação das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária. _____	148

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
Capítulo I	81
Indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto da monitorização da adaptação em mulheres com cancro da mama	81
Capítulo II	99
Dos indicadores clinicamente úteis até ao conjunto dos itens do instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama	99
Capítulo III	117
Estudo de validação do instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama	117
Capítulo IV	143
Identificação de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama	143
Capítulo V	201
Estudo de consenso sobre o painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária	201
CONCLUSÕES	227
ANEXOS	Erro! Marcador não definido.
ANEXO I – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura II	Erro! Marcador não definido.
ANEXO II – Transcrição da entrevista de uma participante	Erro! Marcador não definido.
ANEXO III – Documento base para a análise dos indicadores de resultado pelos peritos	Erro! Marcador não definido.
ANEXO IV – Frequência dos indicadores de resultado selecionados pelos peritos	Erro! Marcador não definido.
ANEXO V – Distribuição dos indicadores de nível 3	Erro! Marcador não definido.
ANEXO VI – Questionário I.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO VII – Autorização das instituições	Erro! Marcador não definido.
ANEXO VIII – Resultados obtidos na análise do nível de consenso dos indicadores de resultado	Erro! Marcador não definido.
ANEXO IX – Formulário.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO X – Interligação entre alguns resultados da NOC e as intervenções de enfermagem da NIC	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XI – Guião de análise documental.....	Erro! Marcador não definido.

ANEXO XII – Guião da entrevista aos enfermeiros	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XIII – Transcrição da entrevista a um enfermeiro	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XIV – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura III.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XV – Listagem de intervenções descritas na revisão da literatura III.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XVI – Questionário <i>Delphi</i> – 1. ^a ronda.....	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XVII – Questionário <i>Delphi</i> – 2. ^a ronda	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XIX – Questionário III	Erro! Marcador não definido.
ANEXO XXII – Triangulação de dados.....	Erro! Marcador não definido.

INTRODUÇÃO

Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados.

Nightingale (1930)

A tese apresentada neste relatório centra-se nos cuidados de enfermagem dirigidos à adaptação da mulher ao cancro da mama, focando o(s) resultado(s) da adaptação, potenciando a monitorização do percurso assistencial das doentes e a sistematização das terapêuticas de enfermagem.

O percurso de investigação aqui reportado insere-se no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto.

O desenvolvimento da investigação foi alicerçado em inquietações que subjazem ao percurso profissional desenvolvido, ao longo de dez anos, em contacto direto com o doente oncológico. Concomitantemente, durante idêntico período de tempo, o percurso enquanto docente também nos impulsionou e permitiu refletir sobre o cerne da disciplina e perceber o carácter imprescindível de alicerçar a prática na (melhor) evidência científica, densificando o corpo de conhecimentos próprios da disciplina.

A motivação para a realização deste trabalho de investigação esteve associadas às razões elencadas mas, também, como nos refere o filósofo Ortega y Gasset *"Eu sou eu e minha circunstância, e se não salvo a ela, não me salvo a mim."* (Gasset, 1914, p. 43-44)¹. A circunstância em dar cumprimento ao preconizado na carreira na qual estamos inseridos, o repto lançado pelos orientadores da tese e, em paralelo, a motivação individual, impeliu-

¹ Todas as traduções para Português são exercícios livres da responsabilidade do autor.

nos para o desenvolvimento deste trabalho. E, parafraseando Ortega y Gasset, Carvalho (2009) destaca que “*a vida não se confunde com circunstância, mas depende dela. A vida é o modo como o eu lida com a circunstância da qual não se separa.*” (p. 343).

Relativamente ao conceito de “motivação”, diferentes são as teorias que o explicam, mas conclui-se que este integra uma grandeza vetorial, sendo definida por uma intensidade (impulso) e uma direção (necessidade e finalidade), existindo causas subjacentes que podem ser internas ou externas ao indivíduo, sejam estas explícitas e observáveis ou implícitas e apenas pensadas; mas existe uma mobilização energética que é acionada, sendo evidenciada uma manifestação comportamental, visando a obtenção de uma finalidade (Rodrigues, 1985).

Impulsionados para o desenvolvimento do trabalho, de modo a atingir a finalidade, não pretendemos, nem constitui objetivo do mesmo, apenas refletir sobre o conhecimento, atitude conexas à filosofia, mas ter como condição inevitável a utilização do método científico como meio de alcançar e produzir / expandir o conhecimento. A ciência é constituída por duas diretrizes essenciais: o objeto e o método, sendo a formalização de qualquer ciência indissociável de ambos (Saraiva, 1977).

O método foi estruturado e adequado em relação à finalidade e aos objetivos a alcançar com esta tese. O objeto do estudo centralizou-se na adaptação da mulher ao cancro da mama, no resultado da adaptação face à doença e na sistematização da ação terapêutica de enfermagem. Estes domínios determinaram a explanação da problemática, a evolução da pesquisa da literatura, bem como das teorias e dos conceitos interrelacionados.

Salientámos que a problemática associada à assistência ao doente com cancro representa um domínio relevante para a enfermagem (profissão e disciplina) e do nosso interesse muito pessoal, para onde temos direcionado parte significativa do nosso investimento no âmbito académico.

A doença oncológica, hoje em dia, é considerada uma doença crónica que tem que ser gerida, implicando “adaptação” ao diagnóstico e às diferentes e sucessivas etapas associadas aos tratamentos subsequentes, bem como, aos efeitos secundários destes. No confronto com esta realidade, os doentes desencadeiam reações emocionais que tornam este contexto vivencial singular e diferente de outras transições saúde/doença (Ferreira, 2006).

Para além da problemática associada ao adoecer com cancro, acresce o facto de nos termos focalizado apenas no diagnóstico de cancro da mama na mulher, que representa um impacto significativo na sociedade, não só devido à elevada incidência e prevalência a nível mundial, mas também porque a mama é um órgão associado a um elevado simbolismo em relação à maternidade, à sexualidade e à feminilidade.

Delimitando o contexto problemático da presente investigação, considerámos fundamental salientar que esta se inscreve no pressuposto que os cuidados à mulher com cancro da mama sejam mais proficientes. Ambicionámos que a investigação desenvolvida se revele um contributo para a melhoria e avanço dos cuidados de enfermagem a estas mulheres. Esta deve ser, sempre, a finalidade última das investigações realizadas no quadro de uma disciplina “orientada para a prática” (Meleis, 2007).

Importa também ressaltar que, no estudo desenvolvido, o conceito de “adaptação” é entendido como um / o indicador “major” daquilo que é a ajuda profissional que os enfermeiros podem disponibilizar às pessoas. Neste sentido, entendemos que é essencial “medir” a adaptação das mulheres ao cancro da mama, sendo também fundamental dar mais sistemática e proficiência à intervenção e à abordagem terapêutica dos enfermeiros, visando a promoção da adaptação.

O conceito de adaptação é crucial para a profissão e para a disciplina de enfermagem. Sob o ponto de vista teórico, o conceito de adaptação está alicerçado em diferentes disciplinas do conhecimento. No entanto, entendemos este conceito, alicerçado na Teoria das Transições de Meleis (2010), o que significa dizer que a pessoa adaptada é aquela que finaliza - com sucesso – a transição.

Ainda, numa perspetiva conceptual da disciplina de enfermagem, destacámos que existe uma grande teoria de enfermagem, designadamente o *Modelo de Adaptação de Roy*, que explica a enfermagem tendo por base a ideia de que, as ações dos enfermeiros têm por objetivo final e máximo a promoção da adaptação (Roy & Andrews, 2001).

Assumimos que a promoção da adaptação é indissociável da sua monitorização. Neste sentido, e, porque não existe uma escala para medir este constructo, uma parte significativa da investigação, descrita neste relatório, foi direccionada para construção de um instrumento, que numa perspetiva de enfermagem, permita medi-lo, focando as mulheres com cancro da mama. Pretendemos que o instrumento desenvolvido seja, em última instância, útil em contexto clínico e ainda, que permita aos enfermeiros avaliarem

o processo adaptativo da pessoa, nesta transição saúde/doença. A avaliação / monitorização da adaptação permitirá que os enfermeiros possam perceber como é que a pessoa vai progredindo no curso da transição e, por essa via, decidir sobre as terapêuticas mais adequadas.

Outro objetivo fundamental da investigação, em linha com o exposto atrás, foi identificar e consensualizar um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação e que se inscrevem no mandato social dos enfermeiros.

Em síntese, o trabalho de investigação apresentado compreendeu uma abordagem metodológica inerente ao desenvolvimento de um instrumento monitorização do processo adaptativo das mulheres com cancro da mama, no âmbito do “cuidar de enfermagem”. E, num segundo eixo, praticamente em simultâneo, a identificação e consensualização de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação direcionadas a mulheres com cancro da mama.

O planeamento da investigação implicou o desenho da mesma e o respetivo alinhamento com um conjunto de regras, indispensáveis para a produção do conhecimento, designadas por método científico. Aliás, a palavra ciência advém do latim – *scire* = saber – podendo significar um conjunto de conhecimentos ou qualquer forma de saber, porém providos de organização ou grau de generalidade (Saraiva, 1978).

Os filósofos gregos trataram os problemas inerentes ao conhecimento, centrando-se nas questões gnosiológicas e ontológicas, interrogando-se sobre *O que é o conhecimento?*. Esta corrente manteve-se com muitos filósofos medievais. Todavia, é possível afirmar que só no renascimento são enfatizadas as questões centrais do conhecimento associadas ao *método* e à *estrutura do conhecimento* (Mora, 1989, p. 205).

A origem do método científico remonta aos filósofos pós-renascentistas, nomeadamente Francis Bacon (1561-1626) e René Descartes (1596-1650). No entanto, é na obra de Descartes, o *Discurso do Método*, que são lançados os fundamentos do método científico moderno. O autor decidiu procurar um método que lhe permitisse aumentar e chegar ao “conhecimento”, permitindo-lhe usar a razão, se não na perfeição, pelo menos o melhor que podia. Fundamentou-se no método matemático, devido à capacidade de demonstração, à certeza e evidência das suas razões (Descartes, 2010).

Segundo Descartes, o “método” deve conduzir o homem ao conhecimento, aumentando gradualmente a ciência, de um modo fácil e seguro, através de regras certas e fáceis,

permitindo distinguir o falso do verdadeiro, sem nenhum esforço inútil por quem quer que sejam observadas. Considerava o “método” uma necessidade essencial e fundamental, sendo este, o próprio processo que deve constituir um guia da investigação em todas as ciências. Preconizava a sua universalidade, enfatizando a aplicação a todos os ramos do saber, mas reconhecendo que os fenômenos podem ser explicados de diversos modos, apesar de fundados nos mesmos princípios de veracidade e não poderem ser apenas deduzidos pela razão e terem também de ser verificados com experiências (Abbagnano, 1977; Marques & Santos, 1981).

Curiosamente inicia o processo de descrição do seu método expondo as regras fundamentais, enumerando vinte e uma regras mas, desencorajado, interrompe e, na segunda parte do Discurso sobre o Método, redu-las (as regras) a apenas a quatro. Nomeia a evidência, a análise, a síntese e a enumeração. A evidência em oposição à conjectura, ato com que o intelecto atinge a intuição; a análise, dividindo nas particularidades como forma de melhor compreender; a síntese, utilizando a dedução; a enumeração, na plenitude de não omitir o resultado da análise e da síntese. As regras do “método” auxiliam a investigar a “verdade” nas ciências. Salienta-se que, apesar de todas as vantagens do seu método, também é limitativo no sentido em que só permite o progresso da ciência em extensão, subjugando a concepção intensiva. Queremos com isto salientar que o que considera falso considera-o para sempre, assim como, o que é considerado verdadeiro também o é uma vez por todas. Apesar desta desvantagem, o conceito do Método Cartesiano de Ciência, constituiu um marco essencial na progressão e construção da Ciência (Abbagnano, 1977).

Desta exposição releva a seguinte ideia: independentemente dos posicionamentos paradigmáticos de qualquer investigador, o desenvolvimento do conhecimento científico é um processo claro, ordenado e, permanentemente, guiado por regras de procura e geração muito precisas.

As leituras efetuadas na procura do entendimento da origem do método científico permitiram-nos refletir e pesquisar, no sentido da busca e aplicação do método mais apropriado face a cada etapa da pesquisa delineada, no sentido de descoberta de alguma verdade, ainda que provisória (Abbagnano, 1977).

Sendo elementar para o investigador, empenhado na produção de conhecimento, estabelecer um desenho que se adequa à investigação, através de um conjunto de regras que lhe permitam conceber conhecimento, considerámos pertinente organizar este

relatório numa estrutura de capítulos. Cada capítulo agrega uma temática específica e apresenta uma planificação similar e sequencial, designadamente: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusão. Para além dos capítulos enunciados, esta tese, apresenta um capítulo final que agrega as principais conclusões do adquirido, perspetivando conhecimento substantivo para a disciplina de enfermagem e enuncia o potencial relativo à aplicação do mesmo em contexto clínico.

Assim e após esta introdução, centrar-nos-emos na exploração dos indicadores de resultado associados à problemática da adaptação da mulher ao cancro da mama e na definição do conteúdo do instrumento de medida. Posteriormente, relataremos o procedimento inerente ao desenvolvimento de um estudo de análise da fiabilidade do instrumento construído. Seguidamente, procedemos ao processo de identificação e consensualização de um painel de intervenções de enfermagem focalizadas na promoção da adaptação em mulheres com cancro da mama. Finalizámos com a apresentação das principais conclusões e reflexão crítica acerca das mesmas.

Importa referir que o marco teórico que acompanhou o estudo, descrito ao longo desta introdução, é edificado num conjunto de evidências empíricas, foca conceitos centrais e as conceções teóricas associados à problemática e que se revelam essenciais à compreensão e consolidação da mesma.

Enfatizámos que o nosso objetivo não é testar ou validar uma teoria, mas situar a investigação desenvolvida e aquilo que dela resultou, num contexto clínico, ao serviço da prática de enfermagem.

Da problemática aos objetivos

A palavra cancro deriva do latim e etimologicamente significa caranguejo. Do Grego “*karkínos*”, originando “carcinoma”, tendo surgido pela primeira vez no vocabulário médico de Hipócrates. O vocábulo grego “*Onkos*” também se relaciona com a história do cancro, usado na descrição dos tumores, deu origem à designação moderna da oncologia, significando “massa” ou “carga”, no sentido de “fardo”. A mesma palavra era utilizada no teatro grego para caracterizar uma máscara, com aspeto pesado, simbolizando um fardo psíquico que era carregado pela personagem (Mukherjee, 2012).

No século V a.C. Hipócrates verifica que as “veias” que irradiam dos tumores da mama assemelham-se a um caranguejo (Matos & Pereira, 2002). O símbolo que lhe foi atribuído até então traduz sagacidade, robustez, traição e capacidade de mimetização face ao inimigo. O cancro desenvolve-se na escuridão, sem se fazer notar, instala-se onde não deve, instaura-se à distância e é capaz de reativar ao fim de anos de existência. Por estas razões, depois de instalada a doença, passa a imperar o caos sobre a ordem, constituindo um desafio à normalidade, adquirindo um lugar preponderante nos terrores sociais (Cabral, 1993).

Nos dias de hoje, e apesar da evolução científica e tecnológica associada a esta doença, o diagnóstico ainda mantém efeitos catastróficos, sendo atribuídas algumas características que podem contribuir para este efeito diferencial. Estas foram enunciadas por Koocher em 1986, mas ainda se mantêm atuais, salientando-se: a consciência pública, dada a importância atribuída a esta doença nos média, sendo enfatizada a incidência de alguns tipos de cancro e o que é novo na doença, atribuindo diminuto valor aos tratamentos e ao aumento da probabilidade de sobrevivência e, ainda pelo facto do curso da doença ser silencioso, sendo considerada para a maioria das pessoas sinónimo de morte; os riscos conhecidos, nomeadamente o risco erróneo de contágio, provocando medo e, tendencialmente, um evitamento destes doentes, bem como, a informação do risco que advém da hereditariedade em alguns tipos de cancro; os tratamentos intensivos, associados à mutilação e aos efeitos colaterais devastadores; a evolução incerta da doença, mesmo sendo tratável e curável, perdura durante a existência do doente; as consequências económicas constituem uma fonte adicional de stresse, sendo induzidas pela busca de segundas opiniões, procura de medicinas alternativas, deslocações e estadia para efetuarem os tratamentos, refletindo-se em todos os que estão envolvidos na doença; a deterioração progressiva manifestada através de sinais exteriores marcantes e

desagradáveis, que apesar de poderem ocorrer em menor número do que os casos de sobrevivência, tornam-se mais visíveis e com grande impacto na opinião pública.

No entanto, e apesar das características diferenciais atribuídas a esta doença, esta deixou de ser obrigatoriamente fatal, passando a ser conceptualizada como uma doença crónica (Pimentel, 2003), o que pressupõe um prolongamento no tempo, implicando a necessidade de gerir as mudanças que possam ocorrer na vida da pessoa, desde o diagnóstico, passando pelos tratamentos, até à fase de sobrevivência.

O diagnóstico de cancro enquadra-se no contexto das “doenças crónicas”, que não sendo definidas pela sua aparente ou real gravidade, são habitualmente designadas como “não tendo cura” ou apresentando uma duração muito prolongada, tendo que ser geridas e não curadas (Blanchard, 1982). Nesta perspetiva, a doença oncológica surge como um acontecimento não normativo de vida, em que o controlo da doença tem que ser integrado nas atividades de vida diária, podendo até constituir uma variável independente, suscetível de gerar doença, se esse controlo for mal gerido (Ribeiro, 2005).

Ribeiro (2005) enfatiza que a vivência de uma doença crónica, no caso concreto a doença oncológica, implica lidar com a situação biológica e, em paralelo, com as concomitantes representações individuais e psicossociais.

Todavia, e apesar do progresso científico e tecnológico emergente na área da oncologia e a doença ser considerada crónica, o cancro é uma das patologias mais temidas da humanidade, sendo associada com o fim da vida e, conseqüentemente, ao confronto com a morte. Ao longo dos tempos, este facto determinou a construção de uma representação social marcante, com uma carga emocional intensa e estigmatizante. A doença tem conotações ameaçadoras relacionadas com a dor, a incerteza e o sofrimento prolongado, embora a maioria das vezes tenha cura e acarrete menos vítimas do que a doença cardíaca (Martin, 2004).

Os tratamentos para esta doença são diversificados e a investigação tem sido centrada na tentativa de circunscrever as células malignas e sua destruição. No entanto, os tratamentos mantêm alguma complexidade, toxicidade e efeitos secundários adversos. Fundamentalmente têm sido utilizados quatro tipos de tratamentos: a quimioterapia, a radioterapia, a bioterapia e a cirurgia. Estes tratamentos podem ser utilizados individualmente ou num processo combinado (Erikson & Field, 2010).

Conforme referenciamos, o principal problema que emerge nesta situação de doença relaciona-se com a dificuldade dos tratamentos não serem específicos para as células

neoplásicas, destruindo também qualquer outro tipo de tecido de crescimento rápido (Seeley, Stephens & Tatet, 2011). O facto da especificidade dos tratamentos, não se confinarem apenas às células neoplásicas, tem implicações e consequências graves no organismo, repercutindo-se de modo nefasto na qualidade de vida dos doentes.

O tratamento cirúrgico tem um papel fundamental no diagnóstico, na classificação da doença e na determinação do estadiamento, podendo ser curativo, como tratamento adjuvante, nas emergências oncológicas ou no controlo da dor (Erikson & Field, 2010). Deste tipo de tratamento, por vezes, decorrem mutilações graves, com implicações em relação à imagem corporal, podendo induzir repercussões na autoestima.

A radioterapia, quando adequada, pode apresentar várias vantagens relativamente à quimioterapia e à cirurgia. Pode destruir massas tumorais, preservando a estrutura, a função e a estética e não induz muitas das toxicidades sistémicas da quimioterapia. No entanto, também apresenta efeitos secundários sobretudo locais, em relação à pele irradiada, eventualmente com áreas de descamação seca/húmida; ou efeitos adversos sistémicos com fadiga, náuseas e supressão da medula óssea, podendo, ainda, ocorrer reações tardias, meses ou anos depois (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010; Pereira, Vieira, Vunda & Santos, 2014).

O tratamento através da bioterapia centraliza-se na manipulação do sistema imunológico, sendo utilizadas substâncias biológicas, que ocorrem naturalmente ou agentes e drogas, produto da engenharia genética que alteram a resposta, do organismo ao cancro ou à terapia do cancro. Este tipo de tratamento tem vários efeitos colaterais, dependendo do marcador biológico em uso, mas os sintomas que mais afetam a rotina diária do doente são a fadiga, as reações do tipo síndrome gripal e a toxicidade neurológica (Erikson & Field, 2010).

A quimioterapia utiliza agentes citostáticos, podendo ser curativa ou paliativa e, ter efeitos negligenciáveis ou incertos, dependendo do tipo de cancro. A quimioterapia também pode ser adjuvante ou neoadjuvante. Durante o tratamento com citostáticos há sempre um grau de lesão das células normais, sendo nas células com mais elevado índice de crescimento que esta situação se verifica. São muitos os efeitos secundários deste tipo de intervenção terapêutica, salientando-se efeitos na medula óssea (neutropenia, anemia, trombocitopenia), estomatites, náuseas e vômitos, efeitos gastrointestinais, alopecia e esterilidade (Smeltzer, Bare, Hinkle & Cheever, 2010).

Em relação ao cancro da mama e à etiologia do mesmo, não lhe é atribuído um único fator, mas múltiplos e a evolução genética dos percussores malignos na doença invasiva ainda não é totalmente compreendida. Os fatores de risco comumente associados compreendem fatores ambientais, predisposição genética, nuliparidade, idade avançada na gestação do primeiro filho e duração da exposição ininterrupta a estrogénio. O desenvolvimento ocorre com resultado de diversas alterações, ainda pouco compreendidas geneticamente. A expressão fenotípica e genotípica pode variar de um tipo de cancro da mama para outro e num mesmo tipo ao longo do tempo (Lohrisch & Piccart, 2006).

O tratamento médico do cancro da mama confina no tratamento local da doença através da cirurgia e radioterapia. Na doença sistémica são utilizadas, fundamentalmente, a hormonoterapia e a quimioterapia. No entanto, as diversas opções terapêuticas estão dependentes dos recetores hormonais, da condição dos gânglios linfáticos, da histologia, da existência de metastização, das doenças associadas, da idade e da decisão da doente (Lohrisch & Piccart, 2006).

O tratamento das doentes com cancro da mama operável ou inicial/localizado pode ser efetivado através de cirurgia conservadora e mastectomia, com ou sem reconstrução imediata. Nos tumores de maiores dimensões pode ser indicada quimioterapia neoadjuvante, como meio de permitir uma posterior cirurgia conservadora, permitindo ainda avaliar a sensibilidade tumoral à quimioterapia utilizada. Posteriormente, à utilização do tratamento local, pode ser utilizada a radioterapia e refletida a realização de terapêutica sistémica adjuvante (Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2009; Instituto Português de Oncologia – Coimbra, 2012).

A cirurgia tem tido como objetivo alcançar o controlo loco-regional da doença. Os diferentes tipos de cirurgia estão dependentes da histologia e do estadiamento clínico. A cirurgia pode ser conservadora, implicando a ressecção de uma porção da mama, ou não-conservadora (mastectomia) (Silva, Bianchi, Rodrigues, Maurício & Guimarães, 2004). Ambas as cirurgias poderão ou não envolver a excisão dos gânglios linfáticos.

A necessidade de efetuar o esvaziamento axilar (EA) tem vindo a ser questionada com o aparecimento do conceito do gânglio sentinela (GS). A designação de GS surge pela primeira vez em 1960 e é definido como o primeiro gânglio de uma determinada área que recebe a drenagem de um dado tumor primário. No cancro da mama, o GS permite o

aperfeiçoamento do estadiamento, menor morbidade, tornando desnecessário o EA sempre que o GS não apresenta metastização (Fougo, 2012).

Especificamente no cancro da mama, a radioterapia também é uma terapêutica loco-regional; faz parte integrante do tratamento após cirurgia conservadora, visa a redução das recidivas loco-regionais e o aumento da sobrevivência após mastectomia (Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2009).

A terapêutica sistémica é utilizada como adjuvante, neoadjuvante, na recidiva local isolada e no cancro da mama metastizado, engloba a quimioterapia, a hormonoterapia e os anticorpos monoclonais (Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas, 2009).

Em relação à resposta psicológica da pessoa, na presença do diagnóstico de cancro e especificamente da mama, a primeira reação é de choque, desencadeada pelo confronto com a finitude da vida, através da antecipação da presença da morte. A maioria das doentes não imagina que a doença é sistémica e, por vezes, a cirurgia não é o único tratamento. A mulher é confrontada com os efeitos mutiladores da cirurgia, os efeitos secundários da quimioterapia, da radioterapia e da hormonoterapia, implicando a passagem por vários processos de luto ao longo do tratamento (Maluf, Mori & Barros, 2005). Também o medo da recorrência pode durar muitos anos, após o diagnóstico inicial (Davis, 2004).

Acresce à problemática a representatividade e o significado que as mamas encerram como órgãos intervenientes nas funções de reprodução e amamentação. Em muitas culturas representam símbolos glorificados de feminilidade e de atrativo sexual (Oliveira, 2004; Keitel & Kopala, 2000). A mama representa mais do que uma glândula capaz de produzir leite, reveste-se de grande importância na forma como a mulher vê o seu corpo, podendo constituir um indicador da sua autoestima (Oliveira, 2004).

O profundo impacto que este tipo de cancro induz na sociedade é associado ao elevado simbolismo na feminilidade e na maternidade, mas também aos fatores epidemiológicos. O diagnóstico de cancro da mama é o segundo mais frequente no mundo, sendo o tumor mais frequente no sexo feminino, com elevada incidência e prevalência na Europa (International Agency for Research on Cancer, 2012). É o cancro com maior taxa de incidência em Portugal. Anualmente surgem cerca de 4500 novos casos e a incidência do cancro da mama está a aumentar de ano para ano (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2014).

Viver com o diagnóstico de cancro da mama e com as consequências dos tratamentos que lhe estão inerentes podem acarretar implicações na autoimagem, no relacionamento sexual e determinar a manifestação de um conjunto de desafios psico-emocionais, com repercussões ao longo do tempo. Muitas doentes experimentam reações psicológicas adversas, especialmente ansiedade e/ou transtornos depressivos, ambas podem induzir morbidade psiquiátrica (Lueboonthavantchai, 2007).

A literatura aponta para o aparecimento de 20% a 30% de casos de depressão e ansiedade (Knobf, 2007). Ganz e colaboradores (1992) referem que 25% das mulheres com cancro da mama sofrem de morbidade psicológica grave associada ao diagnóstico e tratamento, declinando substancialmente após o primeiro ano. O *distress* psicológico melhora ao longo do tempo e à medida que os sintomas físicos diminuem (Knobf, 2007).

A ansiedade e a depressão podem surgir durante o diagnóstico, ao longo do tratamento e após o mesmo, podendo contribuir para piorar o curso da doença e os resultados dos tratamentos (Montazeri, 2008). Hughes (1986) destacava que frequentemente o diagnóstico de depressão não é valorizado, na crença equivocada de que a depressão é uma reação inevitável à doença física. Knobf (2007) salienta que, tendencialmente, o *distress* psicológico melhora ao longo do tempo e à medida que os sintomas físicos diminuem.

Diferentes estudos apontam para o despoletar de emoções primárias, tais como o medo, a culpa e a raiva, face ao diagnóstico de cancro da mama, assim como, no diagnóstico do cancro em geral (Knobf, 2007; Ferreira, 2006; Barraclough, 1999). Todavia, a maioria da investigação nesta área centra-se nas perturbações emocionais (ansiedade e depressão) e na sua relação com o ajustamento à doença. Silva, Moreira e Canavarro (2009) salientam que a adaptação emocional ao cancro da mama tem incidido sobre a ansiedade e a depressão enquanto indicadores de *distress*/adaptação, sendo importante a avaliação psicológica da mulher, de modo a despistar padrões não normativos de resposta emocional.

Vários estudos têm sido desenvolvidos e associados à problemática emocional, designadamente a ansiedade e a depressão, em doentes com cancro da mama, em diferentes momentos, desde o diagnóstico ao *follow-up*.

Hall, A'Hern e Fallowfield (1999) desenvolveram um estudo prospetivo cujo objetivo foi identificar a morbidade psiquiátrica associada ao diagnóstico e tratamento do cancro da mama. Aos três meses após cirurgia os resultados apontavam para 49,6% de distúrbios

depressivos e 37,2% de ansiedade. A prevalência de morbidade psiquiátrica era de 23%. Abordando também a etapa cirúrgica, Avelar e colaboradores (2006) avaliaram a qualidade de vida, a ansiedade e a depressão em mulheres com cancro da mama antes e após a cirurgia, visando conhecer a prevalência de morbidade psicológica e os seus efeitos na qualidade de vida. No pré-operatório, a ansiedade foi de 40% e a depressão de 27%. Após a cirurgia, a ansiedade foi de 25% e a depressão de 14%. A qualidade de vida apresentou uma correlação negativa significativa com a ansiedade e depressão, melhorando no pós-operatório.

Burgess e colaboradores (2005) analisaram a prevalência de depressão e ansiedade, em mulheres com cancro da mama, tendo verificado a presença de níveis significativos de ambos os estados. No momento do diagnóstico 33%, aos três meses 24%, caindo para 15% após um ano. No estudo de Moreira, Silva e Canavarro (2008), desenvolvido na fase de diagnóstico e de sobrevivência, 53,2% das mulheres recentemente diagnosticadas apresentaram níveis clinicamente significativos de ansiedade e, no grupo de sobreviventes, apenas 19,3%. Relativamente à depressão, as mulheres que receberam o diagnóstico recentemente, só 15,7% evidenciaram níveis significativos de depressão. No grupo das sobreviventes o valor foi de 1,9%.

Moreira e Canavarro (2009), analisando o percurso de adaptação ao cancro da mama, operacionalizado em termos de qualidade de vida e perturbação emocional, com três momentos de avaliação (diagnóstico recente/cirurgia, tratamento e recuperação), constataram valores de ansiedade clinicamente significativa na fase inicial da doença, mas que diminuiram ao longo do tempo, atingindo, na fase de recuperação, valores inferiores aos da população geral. Relativamente à depressão, o número de casos clinicamente significativos foi reduzido. Em relação à qualidade de vida, verificaram uma diminuição significativa na fase de tratamento, especificamente a qualidade de vida em relação à componente física. As autoras consideraram basilares os desenhos longitudinais na avaliação da adaptação, salientando que o conhecimento dos indicadores em estudo podem constituir instrumentos clínicos importantes para uma potencial intervenção.

Cangusso, Soares, Barra e Nicolato (2010) estudaram a prevalência de sintomas depressivos nesta situação de doença. Constataram uma prevalência significativa, associada a fatores como a presença de dor, o tratamento quimioterápico, a limitação do movimento do membro superior afetado e a uma pior perceção da saúde.

Fernandes (2009) menciona que, face à incidência de depressão na altura do diagnóstico de cancro da mama, seria pertinente efetuar um rastreio, de modo a prevenir os efeitos negativos desta resposta emocional e implementar a intervenção. A autora salienta que no ajustamento à doença, a maior dificuldade acontece no momento após o diagnóstico e no momento após a cirurgia, sendo considerado o estado emocional o preditor mais importante da avaliação da funcionalidade física e psicossocial após a cirurgia e durante os tratamentos complementares. Um estado emocional mais negativo pressupõe uma pior funcionalidade percebida. Hjerl e colaboradores (2003) salientam que a depressão existente pré-cirurgia é um preditor importante da mortalidade em pacientes com cancro da mama.

Os estudos descritos levam-nos a inferir que o diagnóstico de cancro envolve um quadro psico-emocional marcante e intenso. Inicialmente, a doença é associada à finitude da vida, induz medo, ansiedade e depressão. Acresce o medo da recorrência e a incerteza no futuro. No cancro da mama, na mulher, este quadro pode ser potenciado pela representatividade que é associada a este órgão, símbolo de feminilidade, sexualidade e procriação. Os estudos também apontam para uma maior perturbação emocional na fase inicial da doença, decrescendo ao longo do tempo. A ansiedade atinge níveis que nos indicam maior perturbação, em comparação com a depressão.

Apesar da evolução científica e tecnológica alcançada para o tratamento desta doença, o diagnóstico ainda nos faz lembrar que somos efémeros e que os tratamentos induzem inúmeros efeitos secundários gravosos. Brennan (2001) salienta que as pessoas com cancro experienciam elevados níveis de stresse porque os seus pressupostos nucleares acerca do mundo foram fraturados, sendo obrigados a alterá-los. O ajustamento ao cancro

“...devia destinar-se a descrever um processo de adaptação que ocorre ao longo do tempo, em que o indivíduo vai lidando, aprendendo e acomodando-se às mudanças que foram precipitadas pela alteração das circunstâncias da sua vida...” (Brennan, 2001, p.2).

Viver com o diagnóstico de cancro da mama e com as consequências dos tratamentos que lhe estão inerentes, pode determinar a manifestação de um conjunto de desafios psicológicos e emocionais, com repercussões ao longo do tempo. A doença oncológica constitui um incidente stressor muito poderoso, com um impacto profundo na forma como o indivíduo se percebe, assim como no modo como percebe o ambiente social que o rodeia. É um acontecimento de vida que origina um processo de adaptação da pessoa e, muitas vezes, da família. O doente tem que adquirir e/ou mobilizar “novas e velhas”

competências que lhe permitam adaptar-se à situação, por vezes, implicando ajustamentos psicossociais significativos (Matos & Pereira, 2002).

Viver o dia-a-dia com a doença oncológica da mama implica “... a necessidade de adaptação, isto é, de gerir as mudanças na sua vida de forma a manter ou conseguir conforto físico, psico-espiritual, social e ambiental...” (Vieira, 2009, p.84), determinando que a pessoa se adeque a diferentes alterações nas atividades de vida diária e lide com diferentes domínios, nomeadamente alterações nos vários papéis, nas expectativas do futuro, na aparência e funcionamento do corpo, para alcançar uma vida boa com a situação de doença, sendo a chave deste processo o ajustamento ou adaptação (Ogden, 2004, Pais-Ribeiro *et al.*, 2006).

Focalizando o conceito de adaptação, podemos inferir que tem sido estudado por diferentes disciplinas do conhecimento, tornando-se uma questão central das ciências biológicas e sociais. É um conceito multidisciplinar e complexo que tem suscitado muitas interpretações e debate, referindo-se tanto a um processo como ao seu resultado (Simonet, 2010).

Na sua raiz etimológica, o verbo latino erudito *apio*, *apis*, *aptum*, significa: ligar, fixar, estar em relação com. Deriva da raiz grega *apto*. Nas línguas neolatinas originou os termos adaptação e ajustamento. Sendo em latim um verbo proposicional: *adapio*, *adiustare* (Benoist & Goelzer, s/d). Do latim medieval a palavra “*adaptatio*” designa a ação de adaptação, no sentido de se ajustar, expressando a adequação a um determinado contexto (Simonet, 2010).

Depreendemos que os conceitos de ajustamento e adaptação são sinónimos, embora possam denotar diferenças, dependendo da orientação teórica de quem os utiliza. Por vezes, o segundo está associado a uma conjectura mais estrutural e o primeiro mais interativo e processual (Pais-Ribeiro *et al.*, 2006).

O construto de adaptação foi enriquecido e refinado por diferentes autores como Darwin, Rabaud, entre outros. No século XIX, o termo adaptação foi emprestado da biologia e rapidamente transportado para a psicologia (Simonet, 2010).

A adaptação é um fenómeno natural e contínuo, sendo um dos mecanismos primordiais e garante da existência de vida na terra. Está inevitavelmente ligado à teoria Darwiniana da evolução das espécies, embora a sua génese radique em pressupostos comuns e transversais a muitos outros domínios científicos, para além do biológico, estando também intimamente ligado à nossa dimensão intelectual e espiritual (Branco, 2010).

Branco (2010) define este conceito como sendo “... *um mecanismo intrinsecamente ligado ao processo evolutivo e que caracteriza o estado de um indivíduo face ao referencial espaço temporal que lhe está associado...* ” (p. 99). O processo evolutivo pressupõe uma “dicotomia” entre os recursos, as competências do indivíduo e seu referencial espaço temporal. A adaptação do indivíduo ao seu referencial será tanto maior quanto maior for a rentabilização dos recursos e das competências para os rentabilizar, permitindo aumentar a eficiência face ao estado anterior.

O conceito de adaptação, apesar de implantado em raízes biológicas, tem sido o cerne do modelo psicológico desde a sua origem, radicando no conceito da adaptação psicológica. Radica num processo de interação incessante entre o homem e o mundo, em constante mudança e evolução. As bases da teoria de Piaget, a Epistemologia Genética, reforçam este posicionamento face ao conceito de adaptação. Esta teoria refuta o apriorismo e o empirismo e alicerça-se no construtivismo. O conhecimento é construído na interação homem-meio e sujeito-objeto. A adaptação do sujeito emerge da procura permanente de um equilíbrio entre os processos de assimilação e acomodação, tendendo a uma melhor organização em momentos sucessivos de adaptação ao meio. Não tendo como objetivo atingir a harmonia perfeita, mas um desequilíbrio para que novas estruturas possam surgir. É distinguida, ainda, a adaptação enquanto estado e processo (Simonet, 2010).

Fruto da interação dos indivíduos com o meio ambiente surgiu, também, o termo stresse como uma reação de adaptação (Simonet, 2010). O stresse representa uma reação aos constrangimentos do ambiente, sendo uma reação essencial para a sobrevivência, devendo ser considerado como uma resposta necessária e adaptativa (Serra, 2007).

Numa perspetiva biológica, Selye (1987) utilizava o termo stresse como sendo uma resposta não específica do organismo a qualquer tentativa de alteração e restabelecimento do equilíbrio perturbado, denominando o “Síndrome de Adaptação Geral”.

Richard Lazarus (1986), englobando a dimensão psicológica, introduz a conceito de avaliação cognitiva, levando a que o stresse deixasse de ser considerado apenas uma resposta automática (estímulo-resposta), emergindo o conceito de stresse psicológico. Nesta perspetiva denominada transacional, passa a ser considerada a avaliação da situação e as estratégias desencadeadas para a enfrentar, as denominadas estratégias de *coping*. O processo de *coping* facilita a adaptação, quando se está perante situações ou momentos stressantes, funcionando como um fator estabilizador.

Em 1970, na disciplina de enfermagem, Callista Roy apresenta o “Modelo de Adaptação”, alicerçado na Teoria de Adaptação de Helson, no Modelo de Sistema de Von Bertalanffy, na definição de sistema de Rapoport, nas Teorias de Stresse e Adaptação de Dohrenrend e Selye e no Modelo de transaccional de Lazarus. Define quatro conceitos basilares no modelo: a pessoa, o meio ambiente, a saúde e a enfermagem (McEwen & Wills, 2009).

A autora considerava que o indivíduo é um ser adaptativo e holístico que está em permanente interação com o ambiente interno e externo, constituindo a maior tarefa do sistema humano manter a integridade perante os estímulos ambientais. ***O objetivo da enfermagem é a promoção da adaptação com sucesso. As respostas adaptativas são as que afetam positivamente a saúde, podem ser monitorizadas e observadas através do comportamento do indivíduo***, tendo por base quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papéis e interdependência (Roy & Andrews, 2001).

Não é um modelo parcimonioso, abarca diversas estruturas, elementos e conceitos, mas é inclusivo e permite explicar a condição de adaptação da pessoa, potenciando intervenções de enfermagem especificamente dirigidas (McEwen & Wills, 2009).

Neste modelo, a conceção de enfermagem decorre em seis passos: avaliação do comportamento, avaliação do estímulo, diagnóstico de enfermagem, estabelecimento dos objetivos, intervenções e avaliação. A avaliação do comportamento constitui um indicador de como a pessoa se está a adaptar às mudanças no seu estado de saúde. O resultado são as respostas comportamentais, que podem ser adaptáveis ou ineficazes. Ou seja, o foco do modelo é a adaptação centralizada no resultado do cuidado de enfermagem, embora não seja descurado o processo. Por este facto, o modelo é contextualizado na escola de pensamento de enfermagem dos resultados (Meleis, 2007).

Segundo Villoria (2002), e conforme também já mencionámos, o conceito de adaptação e especificamente a adaptação à doença oncológica pode ser analisado sob o ponto de vista do processo, do resultado ou de ambas as perspetivas. A adaptação, entendida como resultado, descreve a avaliação do estado da pessoa tendo por base a aplicação de diferentes critérios adaptativos, como por exemplo: o nível de bem-estar, os sintomas psicológicos, os sintomas físicos ou o grau de funcionalidade social. Por outro lado, a adaptação entendida como um processo refere-se à regulação psicológica dos recursos dos indivíduos mobilizados para a adaptação à doença e como é que estes esforços se desenvolvem ao longo do tempo.

A mesma autora (Villoria, 2002) também refere que a adaptação ao cancro não se concretiza num momento pontual, mas em diferentes momentos decorrentes do processo de doença. Menciona que existem diferentes instrumentos que avaliam o estado adaptativo, segundo diferentes variáveis, mas enfatiza que a pessoa pode estar adaptada segundo uma variável e inadaptada em relação a outra. Perante as diferentes perspetivas de resultados de avaliação, a autora conclui que não existe um instrumento que reúna todos os requisitos para avaliar a adaptação ao cancro.

Resumidamente, percebe-se que o conceito de adaptação está intrinsecamente relacionado com o processo evolutivo, estando associado ao contexto espaço temporal que caracteriza o estado de um indivíduo. Emerge com a teoria da evolução das espécies, de Darwin, fruto da divergência com a teoria criacionista imperante na época. Constituiu o âmago do modelo psicológico desde a sua origem, edificado no conceito da adaptação psicológica. Piaget reforça a interligação existente entre a atividade biológica e a intelectual, em que a adaptação subentende um equilíbrio progressivo do sujeito ao meio. O conceito de stresse emerge como uma reação de adaptação, sendo estudado, inicialmente, numa perspetiva biológica. Lazarus introduz o conceito de avaliação cognitiva, distanciando o conceito de stresse da perspetiva unicamente biológica. O processo de *coping* emerge como mediador, na relação estabelecida entre o indivíduo e o ambiente, onde o resultado final visado é a adaptação. Na disciplina de enfermagem, Roy no seu “Modelo de Adaptação”, destaca o resultado adaptativo por via da avaliação do comportamento humano e considera que a meta de enfermagem é a adaptação com sucesso. A adaptação pode ser estudada com focalização no processo, no resultado ou em ambos. Concluímos que o conceito interliga-se com vários ramos do saber, é abrangente e tem sido objeto de estudo de várias disciplinas do conhecimento, o que lhe confere uma perspetiva interdisciplinar e multidimensional. Inferimos também que não existe uma escala que avalie a abrangência das partes constituintes da adaptação, que se centre nos resultados e com utilidade em contexto da enfermagem clínica.

Referimos anteriormente que o stresse é uma reação de adaptação. Nesta perspetiva, considerámos pertinente abordar teorias no âmbito do processo de adaptação à doença oncológica e que focalizam o conceito de stresse, de adaptação e as estratégias que são desencadeadas para lhe fazer face, nomeadamente quando o indivíduo é confrontado com um diagnóstico de cancro. As diferentes teorias têm sido descritas na tentativa de perceber a resposta cognitiva e a adaptação à doença oncológica e, por isso, desenvolvidas mais no âmbito da psicologia.

Considerando que a doença oncológica constituiu um incidente de stresse muito poderoso, a pessoa terá provavelmente necessidade de desenvolver estratégias, não habituais, para fazer face a esta fase crítica da sua vida, gerindo as suas emoções e tentando lidar com a nova situação, na tentativa de encontrar respostas adaptáveis. Através da avaliação que fará da situação, desencadeará emoções e estratégias para lhe fazer face, dado que os métodos habituais de resolução de problemas poderão não ser satisfatórios.

Salientámos, que na década de 60, o conceito de stresse ficou integrado como um aspeto inevitável da condição humana e a forma como se lida com este pode determinar diferenças na adaptação enquanto resultado final. Inicialmente este conceito, tal como o conceito de adaptação, também foi estudado apenas numa perspetiva biológica, mas circunscrevê-lo unicamente às condições ambientais revelou-se insuficiente, sendo evidente a necessidade de adotar uma perspetiva avaliativa e relacional. Tornou-se de primordial importância compreender a natureza contextual da relação humana para se entender a reação do sujeito e as suas consequências na adaptação.

A teoria sobre o stresse psicológico e processo de *coping* , designadamente a expressa no Modelo Transacional de Stress e *Coping* , de Lazarus e colaboradores (1986) tem sido considerada uma das mais importantes neste domínio do estudo do *coping* , em geral e nas situações de doença.

Richard Lazarus e colaboradores (1986) integraram no conceito de stresse a dimensão psicológica, desenvolvendo um modelo que caracterizam como sendo: cognitivo, motivacional e relacional. Inicia-se o reconhecimento de um processo ativo transacional, sendo dada ênfase à dimensão psicológica desde a perceção da ameaça, a sua avaliação (primária e secundária) e às estratégias desencadeadas para lhe fazer face, até uma potencial adaptação cognitiva. É valorizado o processo estabelecido entre o indivíduo e o meio ambiente, no contexto específico em que o ser humano se situa.

A introdução da perceção e avaliação cognitiva das situações determina que o stresse deixe de ser considerado como uma resposta automática perante circunstâncias prejudiciais do meio ambiente. Lazarus introduz o conceito de *coping* , realçando o processo através do qual o indivíduo gere as exigências estabelecidas entre este e o ambiente, que avalia como fonte de stresse. Enfatiza o termo “stresse psicológico”, considerando que uma situação é stressante para o indivíduo face a avaliação cognitiva

que a pessoa faz da situação, influenciando o processo e atuando como elemento crítico desde o seu início.

Segundo esta teoria, os efeitos psicológicos de qualquer relação entre o sujeito e o ambiente são enquadrados em dois processos: a avaliação cognitiva e as estratégias de *coping* (Folkman & Greer, 2000; Lazarus & Folkman, 1984), apresentando consequências em três áreas que integram a qualidade de vida do indivíduo: a saúde, o funcionamento social e a adaptação psicológica (Villoria, 2002).

Segundo Lazarus e Folkman (1984), o conceito de avaliação cognitiva refere-se aos processos de avaliação que medeiam entre a reação emocional do indivíduo e o *coping*. Mediante os processos de avaliação cognitiva, o indivíduo avalia o significado e a importância da situação para o seu bem-estar. São identificados três classes de avaliação cognitiva: primária, secundária e reavaliação. A primeira determina a avaliação da situação como irrelevante, benigna ou positiva, ou stressante, tendo também por base os recursos pessoais que o indivíduo detém para fazer face ao problema. Os factos são interpretados como uma ameaça, um dano ou um desafio. Na avaliação secundária são avaliadas as opções de estratégias de *coping* disponíveis e o seu potencial de eficácia, bem como outros recursos disponíveis. A reavaliação refere-se à mudança efetuada após uma avaliação prévia, a partir da nova informação recebida do próprio indivíduo ou do contexto.

As diferentes avaliações efetuadas partem da premissa que os fatores da personalidade e as situações influenciam a perceção da ameaça, determinando o nível de stresse, com base no grau de novidade do evento, a incerteza na sua ocorrência, os fatores temporais, a ambiguidade (o quê e quanto está em jogo), o momento do ciclo vital em que ocorre e a presença de outros eventos stressantes.

Os autores definem o conceito de *coping* como sendo o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que estão em permanente mudança, desencadeados para fazer face às exigências internas ou externas que são avaliadas como atingindo ou ultrapassando os recursos da pessoa (Lazarus & Folkman, 1986). Lazarus (2000) salienta que, de um modo resumido, o *coping* se refere ao “... *esforço para gerir o stresse psicológico.*” (p. 202).

Segundo Lazarus e Folkman (1986), o *coping* é centrado no processo, distinguindo-se dos comportamentos automáticos adaptativos e usam o termo “esforços” para salientar o processo em vez do resultado e o termo “gerir” para não se associar *coping* equivalente a

sucesso. O que significa que pode não ser definido com base no sucesso do processo, porque o esforço pode não ser bem-sucedido.

Durante o processo de *coping*, o indivíduo é um agente ativo que avalia a situação indutora de stresse, tanto cognitiva como emocionalmente, assim como os recursos pessoais para gerir a situação ameaçadora. As estratégias de *coping* diferem, dependendo do seu objetivo, centrando-se na emoção ou no problema.

Este processo vai funcionar como um mediador da resposta emocional à situação stressante, quer seja centrado no problema ou na emoção, tendo como finalidade beneficiar o estado emocional do paciente (Lazarus 1991). Segundo este modelo teórico, a adaptação ao cancro baseia-se essencialmente no processo de *coping*, isto é, no conjunto de respostas cognitivas e comportamentais que o doente desencadeia face ao diagnóstico e seus tratamentos.

Posteriormente, e baseando-se no modelo de Lazarus, Moorey e Greer (1989) desenvolveram um modelo, conducente à adaptação à doença oncológica. Centraram-se no significado e interpretação cognitiva que o cancro tem para a pessoa. A adaptação também é entendida como um processo, cujo resultado é determinado pelas interpretações que o sujeito faz da doença e das ações desenvolvidas.

Segundo os autores, Moorey e Greer (1989), a pessoa atribui um significado ao cancro, avaliando a situação como um desafio potencialmente superável, como uma “ameaça capaz de ser ultrapassável”, como “dano ou perda” que ocorreu ou como “ausência de ameaça”. Propõem uma tríade centrada na avaliação cognitiva, considerando a visão do diagnóstico, perceção de controlo e visão do prognóstico. As estratégias de *coping* dependem da avaliação que o indivíduo faz da doença. Consideraram que, perante o diagnóstico de cancro, o indivíduo desencadeia cinco estilos de *coping*: espírito de luta, negação ou evitamento, fatalismo ou aceitação estoica, desamparo-deseesperança e preocupação ansiosa.

Taylor (1983) também desenvolveu uma teoria sobre a adaptação cognitiva face ao ajuste a eventos ameaçadores. Taylor e colaboradores (1984) desenvolveram estudos com doentes cardíacos, mulheres com cancro da mama e vítimas de violação. A teoria de Taylor (1983) sugere que perante um acontecimento ameaçador, tal como a doença oncológica, as pessoas ficam motivadas para procurar significado, mestria e um processo de autoaperfeiçoamento.

A procura de significado reflete-se em questões relacionadas com o sentido que o evento tem para a pessoa, podendo ser entendido em termos de procura de causalidade ou na tentativa de perceber as suas implicações. No caso das mulheres com cancro da mama, estas tentavam atribuir uma causa ou várias que ajudassem no processo de adaptação cognitiva. A perceção das implicações e a atribuição de um sentido para as mesmas, contribui para o processo de *coping* e, simultaneamente, para a adaptação cognitiva (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984).

A procura de mestria reflete-se em interrogações sobre o que fazer para controlar o acontecimento, sendo influenciada pela crença de que a doença é controlável. Muitas das mulheres do estudo acreditavam que podiam influenciar o curso ou a recorrência da doença e outras acreditavam que a doença era controlada pelos profissionais da saúde. Os autores também referem que o estado de mestria pode ser conseguido através de técnicas psicológicas ou comportamentais (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984).

O processo de autoaperfeiçoamento pode ser conseguido através da reconstrução da autoestima que poderá estar diminuída. No caso particular das doentes com cancro da mama selecionavam um critério de comparação, ascendente ou descendente, que lhes permitisse melhorar a autoestima, contribuindo para o processo de autoaperfeiçoamento. Por exemplo, mulheres que apenas tinham sido submetidas a tumorectomia comparavam-se com as que tinham efetuado mastectomia ou mulheres mais velhas consideravam-se numa situação mais favorável do que as mais novas (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984).

De acordo com a “Teoria da Adaptação Cognitiva” (Taylor, 1983), após um acontecimento ameaçador, indutor de stresse, tal como a doença oncológica, os indivíduos ficam motivados a procurar um significado, mestria e a melhorarem a autoestima. Estes processos envolvem a criação de ilusões e não a orientação para a realidade, permitindo potenciar um resultado desejado do processo de *coping*. Alguns autores defendem que a orientação para a realidade poderá ser prejudicial para a adaptação, consideram essencial a manutenção das ilusões como meio de promover a adaptação à doença (Taylor, 1983; Taylor, Lichtman & Wood, 1984; Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenewald, 2000).

Constatámos que diferentes autores têm procurado explicar o processo de adaptação ao cancro, desenvolvendo diferentes perspetivas teóricas, como forma de melhor compreender o contexto e as respostas dos doentes face à situação de doença. Tentam

perceber como é que as pessoas conceptualizam e respondem ao facto de estarem doentes e quais as estratégias que utilizam para se adaptarem.

Reconhecendo que ao longo das últimas décadas “*o melhor conhecimento do ser humano ... tem favorecido o aparecimento de teorias explicativas da resposta humana a situações de crise vivenciais*” (Santos, 2006, p. 61), julgámos pertinente descrever aspetos relevantes dos conceitos de transição *versus* crise. E porque, também, reconhecemos que os conceitos de stresse, adaptação e transição se relacionam com as respostas humanas à circunstância de adoecer.

Constatámos que o conceito de transição é familiar às teorias de desenvolvimento, do stresse e da adaptação, integrando a acomodação a descontinuidades inerentes aos processos de vida dos seres humanos, as transições são conseqüentemente associadas a mudança e desenvolvimento, sendo estes temas altamente pertinentes para a enfermagem (Chick & Meleis, 1986).

Considerando que ao longo do ciclo vital os indivíduos são influenciados “*...pelos acontecimentos que caracterizam o período da história que se vive, quer pela idade cronológica ou fase do ciclo vital que o indivíduo atravessa...*” (p. 114), conclui-se que dependemos do momento histórico, do ciclo vital e da componente social, constituindo este último elemento o elo de interligação. Face ao contexto, os indivíduos são impelidos a tomar novos rumos, que se repercutem em novas atitudes, comportamentos e estabelecimento de novos relacionamentos (Guerra, 1998).

Apesar da vivência do indivíduo tender para um estado de homeostasia ou equilíbrio, ao longo da vida este vai sofrendo quebras ou ruturas, que atribuímos a situações de crise, em que a descontinuidade induzida obriga o indivíduo a reencontrar de novo o equilíbrio. A gestão desta quebra da homeostasia pode induzir mudanças evolutivas ou involutivas. A situação pode evoluir e ser benéfica, estimulando o desenvolvimento de novas formas de organização superiores ou pode gerar estados patológicos. Para alguns autores, esta visão de crise repercute obrigatoriamente numa situação dramática. No entanto, outros autores revelam preocupação com as quebras da homeostasia que poderão não se repercutir em situações tão catastróficas, advindo conceitos mais globalizantes, como o conceito de transição (Guerra, 1998).

O conceito de transição é um tema contemporâneo que emerge da teoria da crise, amplamente estudada no passado. Contudo, alguns autores consideram que os conceitos são sinónimos, enquanto outros diferem na definição de crise e transição (Zagonel, 1999).

Parkes (1971) introduz o conceito de “transição psicossocial” integrando o que esse acontecimento significa na vida da pessoa, dizendo respeito a toda e qualquer alteração na homeostasia que o indivíduo se depara, incluindo acontecimentos normais na vida de um ser humano em relação (*cit. in* Schlossberg, 1981).

Guerra (1998) salientava que, na perspectiva de Weiss (1976), uma situação de crise tem uma duração limitada, na qual o indivíduo utiliza todos os seus recursos para a resolver. Se a crise termina em mudança, emerge o estado de transição, caracterizado por alterações relacionais e pessoais. Esta situação pode findar em défice ou na organização de um novo patamar adaptativo. Segundo Guerra (1998), a diferença que Weiss estabelece entre crise e transição apenas delimita a primeira ao período de choque inicial de reação.

Moos e Shaefer (1984) aplicam a teoria da crise à doença física, realçando as tarefas de adaptação e competências de *coping*. Enfatizam, também, a componente cognitiva. A teoria da crise analisa o impacto de qualquer forma de rutura na identidade pessoal e social estabelecida e tem analisado o modo como as pessoas lidam com as grandes crises de vida e com fases de transição, assim como, para enquadrar e entender o impacto de uma doença. Nesta teoria os indivíduos são encarados como autorreguladores. Os sistemas psicológicos e físicos do indivíduo são impelidos para a manutenção da homeostasia e do equilíbrio. O indivíduo terá de encontrar uma forma de voltar ao seu estado de estabilidade. Os indivíduos ficam motivados a restabelecer o estado de equilíbrio, podendo adaptar-se de uma forma saudável, surgindo uma maturação, ou desencadear uma resposta não adaptativa, surgindo deterioração.

Os autores referem que a maioria dos estudos desenvolvidos centram-se nas repercussões negativas da crise e poucos estudos nos eventuais efeitos positivos que possam surgir. Enfatizam uma visão otimista da crise e reconhecem que a resolução positiva de acontecimentos bastante dramáticos, pode significar crescimento para o sujeito e para o meio a que este pertence. Admitem que, após o aparecimento de uma situação de crise, surge um período de choque no qual há um embotamento emocional que impede o indivíduo de ver claramente a realidade que o circunda, posteriormente surge uma lenta consciencialização da realidade e das implicações desta na sua vida (Moos & Shaefer, 1984).

Nesta perspectiva teórica, quando o indivíduo se depara com uma crise de doença física, são desencadeadas seis tarefas de adaptação. Na primeira tarefa, identifica-se com a compreensão do significado da situação, denominada avaliação cognitiva, que se identifica com o período de desequilíbrio despoletado pela doença, o indivíduo avalia a gravidade e o significado da doença. Por exemplo, poderá questionar-se se o seu cancro é grave ou como é que esta doença irá influenciar a sua vida a longo prazo. Nesta fase surgirá a interferência de fatores como as crenças de saúde, o apoio social, a informação e a experiência anterior. O segundo processo, corresponde a tarefas adaptativas relacionadas com a doença e de carácter geral. No terceiro processo, denominado de competências de *coping* para lidar com a doença, são caracterizadas do seguinte modo: *coping* focalizado na avaliação, *coping* focalizado no problema e *coping* focalizado nas emoções (Moos & Shaefer, 1984).

O *coping* focalizado na avaliação subdivide-se em três competências de *coping*: análise lógica e preparação mental; redefinição cognitiva; e, evitamento cognitivo ou negação. A primeira competência procura compreender e encontrar um significado para a crise. A segunda implica a redefinição da realidade na tentativa encontrar alguma consequência positiva ou a redefinição da mesma de modo positivo e aceitável. Na terceira há uma tentativa de minimizar a gravidade da doença evitando ou negado a situação.

O *coping* focalizado no problema também se subdivide em três competências: a procura de informação e de apoio, o início da resolução de problemas e a identificação de alternativas compensadoras. A primeira envolve a procura de informação disponível e suporte social. Na segunda competência, há uma tentativa de reorganização e ações voltadas para a reconstituição da perda sofrida pela crise. A terceira relaciona-se com a procura de alternativas compensadoras, tal como a ajuda de outras pessoas que passaram por crises idênticas.

O *coping* focado nas emoções subdivide-se em três competências: regulação afetiva, descarga emocional e aceitação resignada. A primeira implica o desenvolvimento de esforços para manter a esperança. A segunda manifesta-se pela expressão das emoções. A terceira passa pela aceitação dos factos e resultados inevitáveis da doença. A utilização destas estratégias focadas na emoção, não significa que a pessoa não se envolva em ações para solucionar os problemas.

Estas competências não são usadas em exclusivo ou independentemente, havendo quase sempre uma associação de várias. De realçar que, neste modelo, as capacidades

individuais e as várias formas de suporte são muito importantes. O resultado deste processo vai depender das tarefas e das competências utilizadas, podendo ter implicações na qualidade de vida, na longevidade ou na adaptação psicológica e “bem-estar”. O tempo preenchido pelas estratégias desenvolvidas facilitará o entendimento do acontecimento e a orientação para a realidade (Moos & Shaefer, 1984).

Schlossberg (1981) desenvolveu um modelo de adaptação humana à transição. Na perspectiva da autora, a definição de transição surge da teoria da crise. Estabelece que se a crise termina em mudança, a pessoa direciona-se a um período de transição, um estado marcado por mudanças relacionais e pessoais, onde tenta lidar com as perturbações e encontrar novos recursos de suporte. Neste modelo, o indivíduo procura identificar e reconhecer os fatores que explicam a adaptação da pessoa à transição, sendo relacionados e enunciados três fatores: as características da própria transição, as características do meio pré e pós transição e as características individuais da pessoa em transição.

No primeiro fator, o indivíduo analisa e percebe o tipo de transição e se esta se repercute num ganho ou perda. Considera a fonte geradora da transição, salientando que se esta advém da orientação interior do sujeito, revela-se mais adaptativa do que as originadas por acontecimentos exteriores. O facto de ser brusca ou lenta também pode influenciar os mecanismos de adaptação. A duração constitui uma condição importante na adaptação podendo constituir-se temporária, permanente ou incerta. Esta última representa maior fonte de sentimentos negativos e de stress. Este aspeto é importante designadamente na doença oncológica porque esta determina uma componente de incerteza muito acentuada e duradoura. No segundo fator são explorados os sistemas de suporte: interpessoais, institucionais e meio físico envolvente. No terceiro, são valorizadas as características pessoais abrangendo competências psicossociais, idade, sexo, saúde, orientação dos valores e estatuto socioeconómico. Das variáveis referidas, consideramos importante salientar a idade no adoecer com cancro da mama e as suas repercussões em relação à fertilidade, imagem corporal e autoestima.

Na teoria das transições de Schlossberg (1981) são descritos conceitos basilares e precursores de teorias posteriores que tomam como âmago a transição. Considerámos pertinente compreender algumas das características desta construção teórica para melhor compreender a conceção teórica de Meleis (2010) iluminada sob o foco da disciplina de enfermagem. Se por um lado é importante “beber” outros fundamentos teóricos, não é

menos adequado potenciar o conhecimento da própria disciplina, particularmente no âmbito da investigação.

O conceito de transição é familiar às teorias de desenvolvimento, do stress e da adaptação, integrando a acomodação a descontinuidades e continuidades inerentes aos processos de vida dos seres humanos, sendo conseqüentemente associado à mudança e ao desenvolvimento, temáticas altamente pertinentes para a disciplina de enfermagem (Chick & Meleis, 1986).

Na perspectiva teórica de Meleis (2010), o conceito de transição é central à disciplina de enfermagem. O conceito é definido como:

“ ...a passagem de uma fase da vida, condição ou status para outra... transição refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e está inserido num determinado contexto e situação... ” (Chick & Meleis, 1986, p. 239-240).

Nesta teoria emergem parâmetros que caracterizam a transição, destacando-se os tipos e os padrões, as propriedades da experiência de transição, as condições facilitadoras e inibidoras, os indicadores de processo e de resultado e as terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

Schumaker e Meleis (1994) concluíram que podemos enunciar três tipos de transição: situacional (relacionadas com acontecimentos que ocasionam a alteração de papéis), de desenvolvimento (associadas a mudanças no ciclo vital) e de saúde/doença. As transições descrevem a passagem de um estado, condição ou lugar para outro. O foco de enfermagem converge nos *“...padrões das respostas humanas...”* (p. 223), como forma de melhor compreender o indivíduo no seu contexto, facilitando e ajudando-o a viver uma transição saudável, no sentido de alcançar uma maior sensação de bem-estar.

Ao longo do ciclo vital, e na maioria das vezes, o encontro com o enfermeiro ocorre durante períodos de transição, que implicam crise e mudança, podendo ser precipitados por diferentes tipos de transição, designadamente de desenvolvimento, situacionais, organizacionais e de saúde/doença. As mudanças sucedidas podem induzir profundas alterações na vida das pessoas, tendo implicações relevantes no bem-estar e na saúde (Schumaker & Meleis, 1994). Apesar da existência de uma tipologia de transições e estas se caracterizarem pela sua unicidade, o indivíduo pode vivenciar mais do que uma transição em simultâneo (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000). O facto de o indivíduo poder vivenciar mais do que um tipo de transição em simultâneo

poderá ter implicações adicionais e dificultadoras do processo de adaptação à doença, designadamente ao cancro da mama.

A teoria de Meleis é norteada por três domínios: a “natureza das transições”, que inclui os tipos, os padrões e as propriedades; os “condicionalismos da transição”, que abarcam os fatores facilitadores e inibidores; e os “padrões de resposta”, que englobam os indicadores de processo e os de resultado.

Várias são as condições que podem influenciar a experiência da transição, desde as expectativas, aos significados, o nível de conhecimento e competência, o ambiente, o grau de planeamento, o bem-estar físico e emocional. Esta conceção teórica associa ao resultado de uma transição bem-sucedida os seguintes indicadores de resultado: o bem-estar subjetivo, a mestria no desempenho de papéis e o bem-estar nas relações (Meleis, 2010). No entanto, Meleis e colaboradores (2000) salientam que, face ao contexto, podem surgir indicadores adicionais tais como a qualidade de vida, a adaptação, a capacidade funcional, a auto-atualização, o bem-estar, a mestria no papel, a transformação pessoal ou outros a determinar por estudos empíricos.

Não descurando o processo de uma transição e os domínios orientadores deste modelo, ao longo do estudo desenvolvido neste relatório será dada particular atenção aos indicadores e às intervenções de enfermagem, enquanto parte das terapêuticas de enfermagem. Considerando determinante compreender as respostas que as doentes desenvolvem face à doença oncológica da mama, que se revelam adaptativas e que nos podem indicar o sucesso da vivência de uma transição saudável, como um meio de alicerçar um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença.

A teoria de Meleis (2010) proporciona um enquadramento conceptual onde são reconhecidos os aspetos universais da enfermagem, permitindo ao enfermeiro aumentar o seu potencial de apoio e compreensão face aos padrões de resposta emergentes, decorrentes da transição, proporcionando o desenvolvimento de terapêuticas que suportam as experiências positivas e resultados saudáveis durante todo o processo.

Schumacher e Meleis (2010) enfatizam que na investigação, tem sido dado maior relevo ao processo da transição do que à identificação de indicadores de resultado de uma transição saudável. Por este motivo, consideram essencial a identificação destes, como forma de potenciar a investigação sobre as transições e a avaliação das intervenções clínicas terapêuticas. Consequentemente, proporcionarão o desenvolvimento de

terapêuticas que suportam experiências positivas e resultados saudáveis durante todo o processo.

No contexto da doença oncológica, avaliar os resultados que nos indicam adaptação à transição pode ser muito útil e vantajoso. Esta doença insere-se no contexto de doença crónica, o que pressupõe um prolongamento no tempo, acrescendo as diferentes fases pelas quais as doentes passam, desde o diagnóstico, aos tratamentos que, na maioria das vezes, são agressivos, estigmatizantes e com grande impacto na vida. A monitorização da transição, através do acompanhamento das doentes, com o recurso aos indicadores fiáveis e clinicamente úteis, poderá potenciar o delineamento de terapêuticas de enfermagem eficazes e eficientes, com repercussões na melhoria dos cuidados de enfermagem.

Neste enquadramento conceptual e, em particular, na exploração do conceito de adaptação, referimos que o conceito tanto concebe a vertente de processo, como a de resultado ou de ambos. No entanto, verificámos que não existe um instrumento de medida capaz de medir a adaptação à doença oncológica. Também referimos que um bom instrumento de medida deve focar os resultados da adaptação, alicerçar-se nas respostas humanas e ser clinicamente útil.

Focados no resultado da adaptação à situação de doença oncológica da mama e tendo por base que o “cuidar de enfermagem” é o cerne da disciplina e o que a caracteriza, podendo ser analisado e investigado sob várias perspetivas, urge demonstrar que esse cuidar é fundamental e imprescindível à população. Nesta perspetiva, é premente identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, produzir indicadores desses mesmos resultados, possibilitando a sua medição e assegurando a qualidade dos cuidados (Basto, 2009; Pereira, 2007).

Acresce, ainda, que o avanço da disciplina de enfermagem, também tem sido acompanhado pelo significativo aumento da quantidade de dados documentados pelos enfermeiros, surgindo a necessidade de “*produzir indicadores capazes de permitir a transformação da informação em ação centrada na melhoria global do desempenho dos serviços de saúde*” (Pereira, 2009, p. 53).

Importa salientar que historicamente, na disciplina de enfermagem o desenvolvimento e o uso sistemático dos resultados para avaliar a assistência de saúde dos indivíduos teve início quando Florence Nightingale analisou e registou os resultados durante a guerra da Crimeia. Desde essa época, as tentativas para medir, identificar e usar os resultados, com

base na avaliação da prestação da assistência centrada no cliente, têm sido esporádicas e essencialmente centradas na disciplina médica. Apenas a partir da década de sessenta, as medidas de resultados têm sido desenvolvidas e testadas em enfermagem (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010).

As preocupações com a qualidade e o custo da assistência em saúde e o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem originam a elaboração do maior estudo efetuado sobre resultados de enfermagem – *Nursing Outcomes Project* – iniciado na Universidade de Iowa em 1991, culminando com a publicação da *Nursing Outcomes Classification* (NOC). A equipa de pesquisa considera que:

“um resultado do paciente sensível à enfermagem é definido como um estado, um comportamento ou uma percepção de um indivíduo, de uma família ou uma comunidade que é medido ao longo de um contínuo em resposta à (s) intervenção (ões) de enfermagem” (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010, p. 37).

Os avanços na saúde, nas últimas décadas, a centralidade no controlo das doenças e a melhor compreensão do conceito de saúde e dos seus componentes, tem determinado medidas mais complexas, específicas e diversificadas. Acresce que as organizações de saúde têm sido submetidas a diversas reestruturações, aumentando a necessidade de informação sobre os resultados dos clientes, influenciados pelos cuidados de enfermagem, como forma de rentabilizar os custos, a qualidade e a assistência prestada (Ibidem). Este facto determina a necessidade de identificar indicadores de resultado úteis, passíveis de mensuração, que permitam avaliar a assistência em saúde, predizer custos e garantir processos de qualidade assistencial, que fundamentem tomadas de decisão estratégicas na área da saúde e, especificamente, na enfermagem.

Bittar (2001) salienta que é imprescindível para o planeamento, coordenação e avaliação das atividades desenvolvidas em programas ou serviços, medir a qualidade e quantidade em serviços de saúde, sendo alvo dessa medição a estrutura utilizada, os processos e os resultados. Estes são considerados ferramentas fundamentais para o conhecimento das mudanças ocorridas, as comparações entre metas, factos, dados, informações e criação de parâmetros.

Quando abordamos o conceito de indicador em saúde somos remetidos para uma unidade de medida de uma atividade que pode ser usada para monitorizar e avaliar a assistência em saúde, constituindo também um meio de promoção da qualidade dos cuidados de saúde (Joint Commission, 1989). Estes indicadores, não sendo medidas de qualidade,

identificam ou dirigem a atenção para assuntos específicos, podendo ser utilizados nos programas de qualidade, adquirindo particular importância na condução de processos como os de acreditação hospitalar (Bittar, 2001).

Existem diferentes nomenclaturas para nomear um indicador. A literatura aponta para indicadores de saúde negativos e indicadores de saúde positivos. Os primeiros associados a efeitos indesejados (ex. taxa de mortalidade) e os segundos associados ao conceito de “ganho em saúde” (ex. qualidade de vida). Outras tipologias também são designadas, sendo descritos indicadores de estrutura, de processo e de resultado (Bittar, 2001; Donabedian, 2003).

Os indicadores de estrutura procuram medir aspetos relativos aos recursos materiais disponibilizados na assistência, os recursos humanos e as características organizacionais; os indicadores de processo são as atividades desenvolvidas com e para o cliente; os de resultado traduzem as modificações nos clientes e populações e podem ser imputáveis aos cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

Donabedian (2003) salienta que os indicadores de resultado são menos utilizados, facto que atribui à maior dificuldade em definir *standards*, critérios de referência e informação necessária ao seu cálculo. Apesar desta dificuldade, tem sido considerado premente e importante monitorizar os resultados de enfermagem, face ao diagnóstico e impacto das intervenções de enfermagem efetivadas (Foster, 2001; Marek, 1997), sendo fundamental para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem o uso das medidas de resultados dos pacientes (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010).

Na disciplina de enfermagem, um “resultado” toma como foco de atenção o término de um diagnóstico de enfermagem, ajudando a elucidar-nos sobre o progresso e resolução de um problema. São considerados resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem as mudanças que ocorrem no estado de saúde de um indivíduo e que tiveram influência direta dos cuidados de enfermagem. O uso de indicadores de resultado de enfermagem potenciam a focalização na qualidade dos cuidados prestados e possibilitam a mensuração dos mesmos (ICN, 2009).

Salientámos, ainda, que *“a qualidade dos cuidados só pode ser medida através da ligação que se estabelece entre a estrutura ou o processo, por um lado, e os resultados, pelo outro.”* (Leprohon, 2002, p. 26). Leprohon (2002) preconiza que para existir uma melhoria efetiva dos cuidados é fundamental proceder-se à avaliação de indicadores de

resultado previamente estabelecidos. A autora considera também que os indicadores de resultado podem focalizar um âmbito microscópico, relativos a um cliente concreto num contexto clínico específico, e os de nível macroscópico, que enfocam o sentido consensual dos indicadores em termos da epidemiologia clássica (Leprohon, 2002).

Na teoria das transições, Meleis (2010) enfatiza que a identificação de resultados de transições saudáveis potenciam o desenvolvimento da investigação clínica e possibilitam a avaliação das intervenções de enfermagem. No contexto de uma transição saudável, os indicadores podem conduzir a uma melhoria da prática de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem. No entanto, ressalva que os “resultados” podem ocorrer ao longo do processo de transição, não ocorrendo apenas no final desta. Por este facto, considera propício avaliar os indicadores de uma transição ao longo de todo o processo. O desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem não passa pela transição em si, mas pela diferença que os enfermeiros podem fazer ao ajudar as pessoas a alcançar a vivência de uma transição saudável.

Os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem são entendidos como uma correlação entre as intervenções de enfermagem e os resultados do estado de saúde do indivíduo. Intentam medir o cuidado de enfermagem através da mensuração dos resultados do cliente, contribuindo para dar visibilidade aos cuidados prestados e às metas alcançadas. Possibilitam, ainda, imputar os custos que lhe estão inerentes (ICN, 2009), sendo fundamental investigar nesta área, não só para evidenciar o custo benefício dos cuidados de enfermagem, mas essencialmente, no sentido de garantir a qualidade dos mesmos (ICN, 2007).

Porém se é importante focalizarmos os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e demonstrarmos a eficácia do cuidado de enfermagem, também é fundamental concentrarmo-nos nas questões práticas da ação dos enfermeiros.

A vivência de uma doença crónica, especificamente a doença oncológica da mama, desafia à manutenção/procura do bem-estar e o início de um processo de transição ou transições poderá ser coadjuvado por intervenções de enfermagem, ao longo das diferentes fases e pontos críticos da doença. As intervenções de enfermagem constituem o alicerce do processo de enfermagem (Meleis, 2010). No entanto, salientámos que durante a “ação” terapêutica de enfermagem as etapas do diagnóstico e do resultado são focalizadas no cliente, enquanto a intervenção é focalizada no “...*comportamento do enfermeiro, as atitudes que os enfermeiros tomam para ajudar o paciente a caminhar na*

direção de um resultado desejado” (Johnson *et al.*, 2009, p. 12). E, para se compreender a ação do enfermeiro “*é preciso compreender a sua intencionalidade e as escolhas sucessivas em função dos recursos disponíveis do próprio, do cliente e do contexto em que se encontram*” (Basto, 2012, p. 13).

Uma intervenção de enfermagem é definida como “*...qualquer tratamento baseado no julgamento e conhecimento clínicos, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente/cliente*” (Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010, p. xxv). Reportando-se o cuidar de enfermagem “*... à intervenção profissional da enfermeira junto do cliente ou terapêutica de enfermagem que faz parte de um processo de decisão que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do cliente (pessoa ou grupo que procura os serviços de saúde) ...*” (Basto, 2005, p. 26), sendo transferido para o contexto clínico o pensamento, o planeamento e a definição da estratégia terapêutica, constituindo todo o processo racional e sistemático da assistência ao cliente (Abreu, 2001). A intencionalidade que o enfermeiro coloca em cada intervenção durante o processo de cuidado, constitui um contributo para a qualidade dos cuidados (Hesbeen, 1998).

Nesta perspetiva, Meleis (2010) enfatiza que o mais importante é o cuidado ao cliente e, com este propósito, conceptualiza o construto de “*terapêutica de enfermagem*” de um modo abrangente. Considera que a terapêutica de enfermagem abarca o conceito de intervenção, todavia vai para além desta, uma vez que se refere à intencionalidade colocada na ação do enfermeiro. Salaria que devemos manter um ceticismo saudável relativamente à intencionalidade da intervenção terapêutica, no sentido de mantermos a pesquisa da melhor evidência, com conseqüente repercussão no conhecimento do enfermeiro e na prática clínica.

A autora (Meleis, 2010) destaca, ainda, que o desenvolvimento do conhecimento sobre as terapêuticas de enfermagem deve contemplar a dimensão da transição no tempo, o tipo de transição e o padrão de resposta associado, assim como o tempo de intervenção. O foco nestas dimensões poderão potenciar o levantamento de questões teóricas pertinentes, defendendo que as intervenções terapêuticas devem ser identificadas, clarificadas, desenvolvidas, testadas e avaliadas. Alerta, ainda, para a pertinência do desenvolvimento de intervenções terapêuticas específicas da transição em estudo.

Considerámos importante lembrar que a pessoa pode vivenciar mais do que uma transição em simultâneo. Designadamente no caso concreto da doença oncológica da mama, julgámos que este facto nos merece uma reflexão adicional. O impacto emocional

profundo que esta doença acarreta, pelo confronto com a finitude da vida, o facto de ser considerada uma doença crónica e poder acarretar a vivência em simultâneo de mais do que um tipo de transição, poderá ter implicações adicionais e dificultadoras do processo de adaptação à doença. Este tipo de cancro pode surgir em diferentes momentos e, conseqüentemente, em períodos de maior instabilidade para a mulher, designadamente num período de idade mais jovem, por vezes, até na gravidez, ou numa fase de menopausa, com todas as conseqüências inerentes e, até mesmo, numa etapa mais avançada de vida. Acresce, ainda, que se a mulher se encontra numa fase de trabalho ativo, pode provocar danos e conseqüências desfavoráveis em relação à própria, na esfera familiar e social. Estes contextos podem afetar negativamente os processos das transições potencialmente em curso e a adaptação à situação de doença.

Tendo por base a descrição dos constructos teóricos associados à problemática da adaptação ao cancro, e particularmente à doença oncológica da mama, considerámos ainda pertinente perceber quais os padrões de resposta humana que estão relacionados com esta transição saúde/doença, assim como perceber a problemática da intervenção de enfermagem que lhe está associada.

Neste sentido, procurámos na literatura, evidência empírica relacionada com a adaptação das doentes à situação de doença oncológica e, sempre que possível, focalizando o cancro da mama. Iniciámos a pesquisa descrevendo estudos empíricos que nos indicam padrões de resposta em relação à adaptação a esta situação de doença e que nos permitem compreender melhor o fenómeno, designadamente as estratégias de *coping* e o seu resultado em relação à adaptação a esta situação de doença. Posteriormente, alicerçando-nos nos princípios que norteiam as revisões da literatura que visam ser integrativas do conhecimento disponível, efetuámos uma revisão da literatura focalizada na intervenção de enfermagem, direcionada a doentes com cancro da mama.

Desde o século passado diferentes estudos têm sido desenvolvidos na tentativa de perceber como é que o doente responde psicologicamente a esta situação de doença. A investigação tem sido centrada no tipo de estratégias de *coping* utilizadas pelos doentes para fazer face à doença e às correlações existentes entre estas enquanto fatores preditores da evolução da doença (Greer, Morris & Pettingale, 1979; Akechi, Okamura, Yamawaki & Uchitomi, 1998; Greer, Moorey & Watson, 1989).

Constatámos que no confronto com as ameaças específicas que caracterizam esta doença e ao longo das diferentes etapas associadas, as estratégias de *coping* desencadeadas para

fazer face à situação são altamente dinâmicas e variadas (Santos, 2006). No entanto e conforme referenciámos, alguns autores descrevem padrões de resposta, associadas a esta doença. Kneier e Temoshok (1984) identificaram cinco tipos de estratégias tipificadas que os doentes utilizam para lidar com o diagnóstico de cancro, nomeadamente: o espírito de luta, mantendo-se otimistas, procurando informação e recursos; o evitamento positivo (negação), rejeitando ou minimizando o diagnóstico; a aceitação estoica também denominada por fatalismo, em que os doentes deixam o seu futuro nas mãos de “um” Deus e dos médicos, manifestando comportamentos resignados; a desesperança, situação em que os doentes se deixam consumir pela doença, achando que ninguém os pode ajudar e que não há nada a fazer; preocupação ansiosa, caracterizado por pensamentos e sentimentos de depressão e níveis elevados de ansiedade.

Mais tarde, Seligman (1996) salientou a existência de fatores associados a características pessoais que se relacionam com um bom prognóstico da doença oncológica, nomeando: o evitamento positivo, o espírito de luta, o suporte a nível de fortes relações e a habilidade para lidar de modo flexível e eficaz com o stresse. Por outro lado, existem outros como desesperança/sensação de incapacidade, fatalismo, ansiedade e depressão, supressão das emoções, estilo de vida caracterizado por isolamento, nível socioeconómico baixo, perdas significativas e relações familiares difíceis durante a infância, estão associadas a processos adaptativos menos eficazes.

Salienta-se que o processo de *coping* pode ser relacionado com o êxito adaptativo, mas não podemos inferir que uma estratégia de *coping* é boa ou má, sem ter em conta o contexto, os aspetos pessoais e situacionais da interação (Lazarus & Folkman, 1986). Todavia, o uso de estratégias adequadas contribuirão para que o stresse sentido seja mais ou menos intenso.

Constituem fatores de risco e poderão contribuir para um parco ajustamento psicológico o facto de se ser jovem e o desenvolvimento de estratégias de *coping* ineficazes, a existência de múltiplos fatores stressantes concomitantes com o diagnóstico, história de depressão, a não existência ou a existência de limitado apoio social, a propensão para desistir e um intenso medo da morte (Carlsson & Hamrin, 1994).

Também pode constituir fator de risco para uma adaptação menos positiva à doença o *coping* focado no processamento emocional, dado que se encontra associado a maiores níveis de *distress* (Stanton *et al.*, 2000). No entanto, também é defendido que este tipo de estratégia poderá permitir que a pessoa diminua o desconforto emocional, mantenha a

esperança e o otimismo, possibilitando lidar com a angústia, manter a autoestima e o stresse em níveis toleráveis (Varela & Leal, 2007).

Neste sentido, Fernandes (2009) enfatiza que o rastreio das estratégias de *coping* utilizadas pelas doentes com cancro da mama poderão constituir um passo importante na prevenção de um ajustamento negativo.

Stanton e Snider (1993) efetuaram um estudo prospetivo, com mulheres portadoras de cancro da mama recém-diagnosticado, tendo verificado que as que utilizavam um estilo de *coping* menos ativo, com menos envolvimento, viviam problemas psicológicos maiores. Carver e colaboradores (1993) referem que um posicionamento otimista no momento do diagnóstico de cancro está associado a estratégias de *coping* mais ativas, com maior envolvimento e com menor perturbação psicológica no decurso da doença. O grau de envolvimento está relacionado com a participação ativa da pessoa durante um processo de transição, sendo vários os fatores que o influenciam, tais como, a condição de saúde, os recursos disponíveis, o suporte social e o nível de consciencialização (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

Mais tarde, num estudo longitudinal desenvolvido por Epping-Jordan e colaboradores (1999), com doentes com cancro da mama, foi constatado que as doentes que apresentavam níveis mais baixos de otimismo utilizavam com maior frequência *coping* de evitamento, manifestando sintomas de ansiedade e depressão, do que as pessoas mais otimistas.

Mais recentemente, Santos (2006) realça que os doentes portadores de patologia oncológica mamária evidenciam uma representação cognitiva e emocional mais negativa do que outros grupos de diagnóstico de doença oncológica, com muitas implicações emocionais e baixa compreensão da doença. Adotam mais estratégias de *coping* negativas para lidar com a sua situação de saúde, tais como o desânimo e o fatalismo. Com a evolução do tratamento vão adotando estratégias mais do tipo espírito de luta e aceitação da doença.

Varela e Leal (2007), com o intuito de determinar as respostas cognitivas e comportamentais que fazem parte do ajustamento ao cancro da mama, desenvolveram um estudo procedendo à determinação das estratégias de *coping* mais utilizadas por mulheres com cancro da mama. Os resultados indicam que, na fase inicial da doença, as mulheres utilizam mais as estratégias de espírito de luta e fatalismo. Estratégias que indiciam uma adaptação completamente distinta, dado que o espírito de luta é uma estratégia focada na

emoção e o espírito de luta focado no problema. No entanto, e conforme já referimos, a utilização de estratégias de *coping* focadas na emoção podem permitir que as mulheres mantenham o stresse em níveis aceitáveis. Também poderão facilitar o modo como vão lidar com os aspetos físicos do problema, estarem alerta para a necessidade de procurar cuidados médicos, ajudando-as a antecipar os stressores associados à doença e a mobilizar meios de resolução de problemas.

O estudo desenvolvido por Fernandes (2009) analisou as representações da doença, o *coping* e a adaptação psicológica em doentes com cancro da mama. A autora verificou que, no momento pré-cirurgia, os resultados de *coping* eram focalizados nas estratégias desânimo-fraqueza, preocupação ansiosa e espírito de luta. Constatou que, face à estratégia de *coping* desânimo-fraqueza, é mais frequente um estado emocional mais negativo, com depressão associada, representação da doença mais adversa e perceção de consequências da doença mais negativas. Relativamente à preocupação ansiosa também estão associadas emoções negativas como a ansiedade e a depressão. Ambas as estratégias apontam para um ajustamento pobre nesta fase de doença. Por outro lado, o espírito de luta está associado a um estado emocional e representação da doença mais positivo. As mulheres que apresentam níveis de depressão mais baixa são aquelas que utilizam mais esta estratégia de *coping*. A autora salienta que um estado emocional mais negativo prediz uma pior funcionalidade percebida, sendo de realçar que as mulheres apresentam maior dificuldade de ajustamento no momento após o diagnóstico e após a cirurgia. Perante este facto enfatiza para a necessidade de focalização no estado emocional pré-cirurgia, enquanto preditor direto de grande parte das variáveis de ajustamento psicossocial ao longo do tratamento.

Já em 1994, Carlsson e Hamrin enfatizavam que o tipo de estratégias de *coping* que as doentes desencadeiam contiguamente ao diagnóstico podem predizer o resultado da adaptação psicológica. Destacavam que um estilo de *coping* instrumental, sendo ativo e positivo, é considerado mais efetivo. O *coping* focado na emoção envolve a expressão das emoções e a procura de suporte social, que sendo útil, é menos efetivo do que o *coping* instrumental. A defesa cognitiva inclui a negação, a repressão, a reinterpretção e a utilização de pensamentos que induzam conforto, que tendo potencial para reduzir a depressão, está associada a um pior ajustamento. A hostilidade defensiva, que inclui comportamentos de projeção, tais como culpar os outros e ser agressivo, também está associada a uma “má adaptação” à situação de doença (Drageset & Lindstorm, 2004).

Varela e Leal (2007), referidos atrás, mencionam que o doente lida melhor com a situação de doença quanto mais prontamente responder às mudanças que lhe são suscitadas pela sua condição, desenvolvendo novas estratégias de *coping*. Os indivíduos que utilizam estratégias de *coping* mais adequadas às circunstâncias mantêm expectativas mais elevadas quanto aos resultados das suas ações, sentem que têm maior controlo sobre o processo de doença, apresentando melhor qualidade de vida (Ogden, 1999).

Constatámos que o doente oncológico encara o diagnóstico, vivenciando emoções negativas e estados gravosos de ansiedade e depressão. Na literatura, são descritas estratégias *coping*, utilizadas pelos doentes, que potenciam um melhor ajustamento ao diagnóstico de cancro. O conhecimento destas estratégias e o modo de implementação das mesmas, através de um delineamento e planeamento programado, podem proporcionar uma melhor adaptação à nova condição de doença e favorecer uma melhoria na qualidade de vida dos doentes.

Sendo manifestas as necessidades e preocupações de carácter psicológico, das pessoas que adoeçam com cancro, também se torna imprescindível a elaboração de planos de intervenção ajustados à pessoa, capazes de produzir melhores resultados adaptativos e terapêuticos (Deep & Leal, 2004). Neste sentido e procurando compreender melhor esta problemática direccionámos a pesquisa destacando estudos relacionados com as estratégias de *coping* e as intervenções focalizando doentes com cancro da mama.

Em 1995, um artigo revelou uma meta-análise que reuniu os resultados de quarenta e cinco estudos independentes, sobre os benefícios de várias intervenções terapêuticas como o relaxamento, a terapia cognitiva e o apoio social, verificando-se que podiam melhorar sensivelmente os sintomas físicos e a controlar a dor, ajudando os doentes a adaptar-se emocionalmente à doença (Martin, 2004).

Salientámos que muitos estudos concluem que o suporte psicossocial é uma forma de intervenção, sendo associado a um melhor ajustamento psicossocial, favorecendo o alívio dos efeitos danosos do stresse, aumentando a autoeficácia e melhorando as habilidades de *coping* (Edwards, Hailey & Maxwell, 2004), promovendo maior adesão ao tratamento e maiores índices de sobrevivência (Knoff, 2007).

Moreli e colaboradores (2009) efetuaram uma revisão sistemática da literatura, visando procurar intervenções utilizadas na promoção de estratégias de *coping* em situação de depressão em mulheres com cancro da mama. Dos 22 artigos selecionados, foram analisadas as intervenções individuais, em grupo, a duração da intervenção e a

participação do enfermeiro nas intervenções estudadas. Apuraram que as intervenções individuais e em grupo evidenciaram efeitos positivos nas variáveis como o humor, a dor, a ansiedade e o ajustamento à doença. No entanto, foram apurados resultados menos favoráveis quando utilizadas as terapias individuais, mas apesar deste facto também salientam que nem todos os pacientes se sentiram confortáveis com as intervenções grupais, sugerindo que devem ser oferecidas alternativas individuais com o objetivo de promover o atendimento das necessidades particulares de cada pessoa. A participação ativa dos enfermeiros em nove publicações sugere que este grupo profissional pode ser um elemento fundamental no trabalho com mulheres em situação de depressão relacionada com o cancro. Os autores da revisão destacaram o resultado mais favorável de um dos estudos quando as intervenções foram conduzidas por enfermeiros.

Os mesmos autores verificaram, ainda, evidência de que as estratégias de *coping* variam durante a fase de diagnóstico, após três meses e aos seis meses. Todavia, a efetividade do *coping* centrado no problema não apresenta alterações ao longo do tratamento; porém o *coping* centrado na emoção quando não é empregue aumenta o *distresse*, tanto na fase do diagnóstico como aos seis meses de evolução.

As estratégias de *coping* não podem ser entendidas como mutuamente exclusivas, focadas na emoção ou no problema, ambas têm como objetivo diminuir os efeitos do stresse sobre o equilíbrio e bem-estar global. A eficácia do *coping* deve-se ao equilíbrio entre o controlo do desconforto emocional e a gestão do problema que origina o desconforto (Lazarus & Folkman, 1986).

Relembramos que as estratégias de *coping* na doença oncológica são altamente dinâmicas e vão variando ao longo das diferentes fases da doença - transição - pelo que podem ser muito variadas (Santos, 2006). Não existem estratégias modulares, mas deve ser tido em conta o contexto, os aspetos pessoais e situacionais da interação (Lazarus & Folkman, 1986), os recursos pessoais e sociais que a pessoa dispõe (Serra, 2007) e o tipo de transição ou transições vivenciadas. No entanto, perante uma doença potencialmente indutora de stresse, tal como a doença oncológica, a utilização ou não de estratégias adequadas, contribuirá para que o stresse sentido seja mais ou menos intenso. Serra (1999) refere que o apoio especializado associado a uma intervenção poderá ajudar o indivíduo doente a lidar de uma forma mais adequada com a situação de doença, contribuindo para que a pessoa viva da melhor forma, cada momento da sua vida. Salienta, ainda, a

importância terapêutica do ensino de estratégias de controlo sobre o problema com que a pessoa se deparou, facto em que a enfermagem é decisiva.

Gumüs e Çam (2008) desenvolveram um estudo cujo propósito foi o de examinar o efeito do suporte emocional no ajustamento psicossocial, em doentes com cancro da mama. O suporte emocional foi alicerçado em intervenções de enfermagem e desenvolvido em sete sessões individuais, tendo sido aplicado um pré-teste e um pós-teste. As intervenções foram direcionadas à partilha de sentimentos, pensamentos e experiências, facilitando o ajustamento às rotinas diárias e melhorar as habilidades de *coping* com a doença. Os resultados do estudo demonstraram que as intervenções de enfermagem tiveram um efeito positivo, melhorando o ajustamento psicossocial das doentes. Os autores sugerem que, dada a grande variedade de experiências vivenciadas e das necessidades sentidas ao longo do processo de doença, as intervenções devem ser ajustadas a cada doente, incluídas na prática diária, alargadas a amostras maiores, usando estudos randomizados, grupos com diferentes características e durante um período de tempo mais alargado.

Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser e Dallas (2008) efetuaram uma revisão sistemática da literatura subordinada ao tema *Specialist breast care nurses for supportative care of women breast cancer*. A revisão teve como objetivo avaliar a eficácia das intervenções individuais realizadas pelas *Breast Care Nurses* nos resultados da qualidade de vida das mulheres portadoras de cancro da mama. As intervenções desenvolvidas por estas enfermeiras visaram o apoio às mulheres e ajuda para lidarem com o impacto da doença. Desenvolveram o seu trabalho num ambiente, multiprofissional, fornecendo uma série de intervenções incluindo as de apoio, informação, advogar pelo doente e de ligação entre os vários membros da equipe de saúde. Culminaram, apenas, com cinco estudos que preencheram os critérios desta revisão sistemática, abarcando uma série de intervenções de enfermagem e medidas de resultado, englobando mulheres de várias idades e em diferentes fases de tratamento. Os resultados estatísticos não puderam ser comparados devido à diversidade de medidas de resultado utilizadas. No entanto, os resultados do estudo revelaram que poucas foram as evidências que apoiam o papel das *Breast Care Nurses*. Concluíram que não existe destaque entre as intervenções desenvolvidas pela enfermagem em relação às da equipe multidisciplinar, com impacto na qualidade de vida das mulheres portadoras de cancro da mama. Estas intervenções servem apenas para complementar as da equipa multidisciplinar, não demonstrando efetividade por si só. Consideram necessário o desenvolvimento de mais estudos que abordem o impacto que as intervenções de enfermagem podem ter sobre os

aspectos específicos da qualidade de vida das doentes com cancro da mama. Com efeito, os cuidados de enfermagem ocorrem num contexto multiprofissional/disciplinar.

Importa, ainda, destacar a importância do apoio psicológico prestado às mulheres com este diagnóstico, designadamente no ano que se segue ao diagnóstico, com repercussões favoráveis em relação ao estado emocional e ao ajustamento psicossocial (Burgess *et al.*, 2005; Fernandes, 2009). Os benefícios desta intervenção também se repercutem em relação ao *coping* e ao suporte social, assim como na evolução da própria doença (Antoni *et al.*, 2001; Fernandes & McIntyer, 2002; Fukui *et al.*, 2000; Kissane *et al.*, 2003).

Ao longo da pesquisa da literatura efetuada, entendemos que as intervenções direcionadas ao suporte psicossocial, psicológico e no domínio educativo potenciam uma melhor adaptação do cliente à doença oncológica. Constatou-se que existem poucos estudos em que os enfermeiros são autores e participantes diretos nos programas de intervenção e os que existem não se diferenciam dos restantes profissionais de saúde, sendo sugerido o desenvolvimento e realização de mais estudos. Em Portugal, não foram encontrados estudos desenvolvidos por enfermeiros.

Tomando por base as premissas descritas e conforme mencionámos anteriormente, avançamos com o desenvolvimento de uma revisão da literatura, fundamentada nos princípios das revisões sistemáticas e que visam ser integrativas do conhecimento empírico disponível.

Delineámos como objetivo da pesquisa a identificação de estudos concebidos e desenvolvidos por enfermeiros, focalizando a intervenção de enfermagem em doentes com o diagnóstico de cancro da mama.

Face à problemática em análise estabelecemos um protocolo de pesquisa que norteou o desenvolvimento da revisão: formulamos a questão de partida, os critérios de inclusão, a localização e seleção dos estudos, a análise crítica dos mesmos, a extração dos dados e a interpretação e discussão dos resultados (Bettany-Saltikov, 2012).

Partindo do pressuposto de que a pergunta de partida orienta a pesquisa, confere rigor, e permite estimar a pertinência e atualidade da temática, enunciamos a seguinte questão: “*Quais as intervenções de enfermagem com repercussões na adaptação de mulheres com patologia oncológica mamária?*”.

Na seleção dos artigos foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: (1) artigos publicados nos últimos dez anos (janeiro de 2002 a julho de 2012); (2) estudos clínicos

randomizados; (3) estudos primários; (4) estudos com intervenções concebidas e desenvolvidas por enfermeiros.

A pesquisa foi efetuada no dia 10 de julho de 2012 nas bases de dados eletrônicas: CINAHL (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*), SCOPUS e Web of Science. Depois de identificados os termos descritores da pesquisa, utilizámos a seguinte expressão de busca:

("Breast cancer" OR "breast neoplasm") AND ((patient AND care AND planning) OR (care AND plan AND nursing) OR (nursing AND intervention*) OR (nursing AND outcome*) OR (nursing AND assessment) OR ("nurse-led") OR (nurse AND led)) AND (adaptation OR coping OR (Psycholog* AND adjustment)).*

Das três bases de dados pesquisadas identificaram-se 419 artigos. Reuniram-se 111 artigos da EBSCO; da SCOPUS 154 artigos, com 67 duplicados; da Web of Science 154 artigos, destacando-se 6 duplicados. Os artigos duplicados foram extraídos com recurso ao *software EndNote*.

Numa primeira fase procedemos à análise dos artigos, tendo por base os critérios de inclusão. Este procedimento foi efetivado por dois dos investigadores de forma independente e cega. Foi tomado como foco de análise o título, o resumo e, posteriormente, o texto integral. As discrepâncias emergentes foram resolvidas por consenso. De salientar que recorremos a alguns dos autores dos artigos para esclarecer dissonâncias. Solicitamos o esclarecimento de algumas dúvidas metodológicas, todavia destacamos que a maior dificuldade residiu no facto de não conseguirmos perceber se os artigos foram especificamente concebidos e implementados por enfermeiros. Assim, apesar da leitura integral dos mesmos necessitámos de solicitar a vários autores a confirmação deste facto (Figura 1).

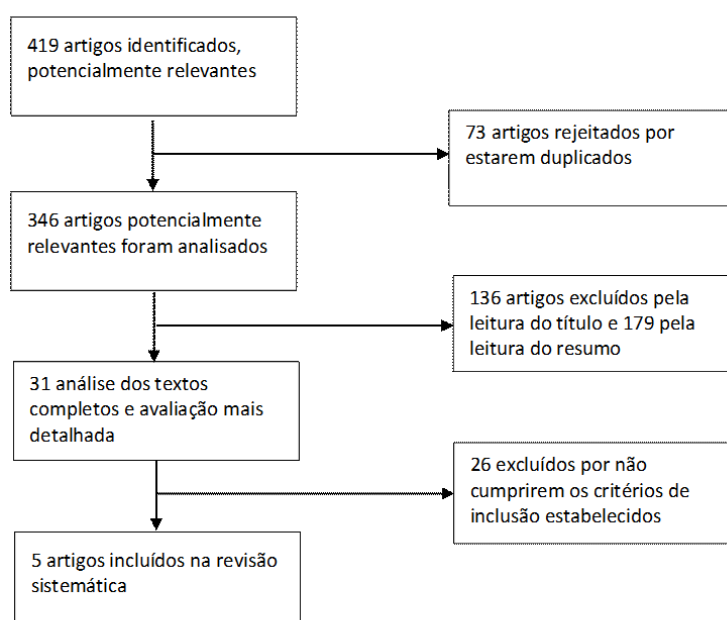
Importa destacar que dos vinte e seis artigos rejeitados pela leitura do texto integral: dois foram declinados por não serem estudos primários (Zabalegui, Sanchez, Sanchez, & Juando, 2005; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008); três por não serem randomizados (Liu, Li, Tang, Huang, & Chiou, 2006; Gümüs, & Çam, 2008; Rustøen, Cooper, & Miaskowski, 2011); três por estarem redigidos em Koreano (Choi, *et al.*, 2011; Cho & Oh, 2011; Yoo, Lee & Yoon, 2009); onze por não serem concebidos por enfermeiros, que apenas participaram na implementação dos programas de intervenção (Jahraus, Sokolosky, Thurston, & Guo, 2002; Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi, 2003; Kinney, Rodgers, Nash, & Bray, 2003; Miyashita, 2005; Arving, *et al.*, 2006; Arving, *et*

al., 2007; Samarel, Tulman & Fawcett, 2002; Sandgren & McCaul, 2007; Fillion, *et al.*, 2008; Capozzo, Martinis, Pellis & Giraldi, 2010; Kvillemo & Bränström, 2011; Salonen, Kellokumpu-Lehtinen, Tarkka, Koivisto & Kaunonen, 2011); cinco por serem dirigidos a vários tipos de doença oncológica, não sendo possível extrair os resultados referentes ao cancro da mama (Christopher & Morrow, 2004; Schneider, Prince-Paul, JoAllen, Silverman & Talaba, 2004; Ream, Richardson & Alexander-Dann, 2006; Schneider & Hood, 2007; Fukui, Ogawa, Ohtsuka & Fukui, 2008); um foi rejeitado por referenciar uma intervenção já descrita num dos artigos incluídos, diferenciando-se apenas na avaliação efetuada, neste caso com base numa perspetiva qualitativa (Wilmoth, Tulman, Coleman, Stewart & Samarel, 2006).

Numa segunda fase foram retirados os dados dos artigos selecionados, também por dois dos investigadores, de forma independente e cega. A extração dos dados foi estruturada relativamente ao método, participantes, intervenções, variáveis em estudo e resultados (Anexo I).

Em ambas as fases de pesquisa, as discrepâncias na extração dos dados foram resolvidas por consenso e com o envolvimento de um terceiro investigador.

Figura 1. Fluxograma da revisão da literatura



Utilizada a estratégia metodológica descrita, a amostra final desta revisão circunscreve-se a cinco estudos.

Relativamente ao método, os cinco estudos são todos randomizados, mas diferem no desenho de estudo, sendo utilizadas as designações de *crossover*, com grupo de controlo, longitudinal e com pré-teste/pós-teste.

No que concerne à idade das doentes, verifica-se que não existe limite temporal, relativamente à integração no processo de intervenção, apenas um dos estudos estabelece como limite de idade os setenta anos. As amostras são limitadas apenas às mulheres dada a baixa incidência do cancro da mama nos homens.

Constata-se que as intervenções descritas são ecléticas, existindo diferentes abordagens terapêuticas. No entanto, verifica-se que predominam as intervenções no âmbito da educação e do suporte. Também se reconhece que as intervenções no domínio do suporte individual são as preponderantes, em detrimento das intervenções em grupo e, dentro destas, são desenvolvidas em pequenos grupos. O telefone é um recurso que é muito utilizado na concretização das intervenções.

O tempo de duração das intervenções é diversificado, incidindo num período único ou variando entre quatro semanas a treze meses de intervenção, ou ainda tendo em conta as diferentes etapas percorridas desde o diagnóstico até ao “*follow-up*”. A implementação dos programas de intervenção tanto focam a fase dos tratamentos, como o contínuo decorrente das diferentes fases do processo de doença.

As variáveis de resultado em análise são bastante diversificadas (ex. fadiga, ansiedade, *distress*, humor, sentimentos de preocupação, perceção de mudança nas relações interpessoais, sentimentos de solidão, qualidade de vida, *coping*, adaptação psicossocial, adaptação emocional e suporte social). Este facto determinou que a avaliação das diferentes variáveis fosse efetuada com recurso a diferentes escalas. Perante a heterogeneidade da avaliação não é confiável a conceção de uma meta-análise (Castro, 2001).

Os resultados dos cinco estudos corroboram que os programas de intervenção implementados têm um efeito adaptativo nas doentes com cancro da mama. No entanto, em dois dos estudos não são demonstrados resultados estatisticamente significativos entre o grupo de controlo e os grupos de intervenção.

O estudo desenvolvido por Schneider e colaboradores (2004) utilizou uma intervenção distrativa através da técnica de “realidade virtual”. Esta intervenção é utilizada como uma estratégia de *coping* focada na emoção, alicerçada na teoria de Lazarus e Folkman (1984). A técnica é concretizada através de um computador, em que é efetuada uma simulação

que permite às doentes ouvir e sentir estímulos associados a uma imagem visual. Os resultados suportam a premissa de que o uso da “realidade virtual” é uma efetiva estratégia de *coping*, verificando-se uma redução significativa dos sintomas de *distress* e de fadiga.

Partindo do pressuposto de que o suporte social é uma estratégia de adaptação emocional e interpessoal importante no cancro da mama, Coleman e colaboradores (2005) testaram uma intervenção educativa e de suporte social por telefone, implementada dois a quatro semanas pós-cirurgia durante 13 meses. O grupo experimental recebeu recursos educativos e acompanhamento por telefone, enquanto o grupo controlo apenas recebeu recursos educativos. Os resultados indicam que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mas ambos apresentam melhoria nos resultados.

Assumindo que, no período pós tratamento e de sobrevivência, as mulheres com cancro da mama necessitam de apoio contínuo para lidar com as preocupações físicas e psicossocial Park, Bae, Jung e Kim (2012) implementaram um programa de suporte psicoeducativo com o objetivo de aumentar a perceção de autoeficácia. O programa focou-se no apoio à prevenção, identificação e resolução dos problemas que podem enfrentar após o término do tratamento, bem como no desenvolvimento de estratégias de *coping* positivas e sua gestão eficaz. O grupo de intervenção apresentou melhor qualidade de vida global, maior bem-estar emocional e, ainda, evidenciou menor *distress* psicológico do que o grupo controlo.

Tendo como objetivo determinar os efeitos do programa de *counselling* na adaptação em doentes com cancro da mama, Oz, Dil, Inci e Kamisli (2012) implementaram o programa de intervenção seguindo os seguintes tópicos: introdução, discussão de expectativas, informação sobre a doença, lidar com o stresse, suporte social, reestruturação individual e familiar, dar sentido à vida e adaptação à doença. Na concretização das sessões recorreram a diferentes técnicas tais como: terapia cognitiva comportamental e existencial e outros métodos de ensino interativos. Os resultados indicam que os participantes perceberam aumento do apoio social, da adaptação psicossocial e das suas competências de *coping*.

Sherman e colaboradores (2012) analisaram a adaptação física, emocional e social de mulheres com cancro da mama num estadio inicial. Concretizaram um programa com intervenção no âmbito psicoeducacional, *counselling* e a conjugação de ambos. A intervenção foi implementada durante a fase de diagnóstico, pós-cirurgia, terapia

adjuvante e fase de recuperação; dividida em quatro grupos, um de controlo e três de intervenção. O grupo controlo apenas recebeu os cuidados habituais; o primeiro grupo de intervenção recebeu os cuidados habituais e vídeos psicoeducativos, organizados em três áreas: informações de saúde relevantes, informação direcionada ao desenvolvimento de capacidades e apoio psicossocial; o segundo recebeu os cuidados habituais e aconselhamento por telefone tendo por base o Modelo de Intervenção na Crise; o terceiro grupo de intervenção recebeu a globalidade das intervenções. O estudo permitiu apreender o processo dinâmico de adaptação ao cancro da mama, que cursa com diferenças ao longo das fases da doença. No entanto, globalmente não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Ao longo do desenvolvimento desta revisão fica patente que as intervenções implementadas nos diferentes estudos são predominantemente do domínio do suporte e educação, sendo concretizadas em distintas fases do processo de doença. Acresce que as intervenções incluídas nestes programas são multimodais.

O carácter eclético das intervenções direcionadas às mulheres com cancro da mama foi descrito e enfatizado por Fawzy em 1999, determinando que a autora propusesse uma *guideline*, assumindo a não existência de um formato ideal e único de intervenção, mas considerando importante saber quais os componentes principais que qualquer proposta de intervenção deve conter. A autora enfatiza a necessidade de serem definidas modalidades interventivas e a sua estrutura, assim como, sugere que deve ficar claro quem lidera e quem implementa a intervenção. Faz referencia aos aspetos demográficos, ao estadio e fase da doença, incluído o prognóstico, bem como a necessidade de definição de objetivos, metas e resultados esperados. Propõe o agrupamento das intervenções psicossociais para doentes com cancro em três vertentes, a educação, o suporte e as competências de *coping*. Nesta última intervenção engloba o treino comportamental, a terapia cognitiva e a gestão do stresse.

Revisões sistemáticas da literatura com foco neste domínio temático também apontam para o número reduzido de estudos, para dificuldade em identificar o que diferencia a área de enfermagem especializada aos cuidados às doentes com o diagnóstico cancro da mama, para a necessidade de uniformização dos modelos de intervenção e para o facto de os estudos não serem comparáveis, devido à heterogeneidade de intervenções e à diversidade de medidas de resultado, o que impossibilita desenvolvimento de meta-análises. Também assinalam para a necessidade do desenvolvimento de estudos

longitudinais, indicando que as intervenções devem focar as diferentes fases da doença e do tratamento e fazerem-se refletir ao longo destas etapas, como forma de assegurar e potenciar melhores cuidados de enfermagem (Edwards, Hailey & Maxwell, 2004; Eicher, Marquard & Aebi, 2006; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008). Salienta-se que dois dos estudos que incluímos na revisão monitorizam faseadamente o processo de adaptação. Sherman e colaboradores (2012) consideram pertinente a monitorização deste processo como meio de melhor apreensão do mesmo e de potenciar melhores intervenções de enfermagem.

Nas revisões sistemáticas enumeradas e tal como na revisão da literatura desenvolvida também é evidente a escassez de estudos concebidos por enfermeiros. Porém, identificámos (mas excluímos) diversos estudos que não foram concebidos por enfermeiros, mas apenas foram por estes implementados. Salientámos o artigo desenvolvido por Arving e colaboradores (2007), concebido por psicólogos, em que a intervenção foi aplicada independentemente por um grupo de enfermeiros e um grupo de psicólogos. O programa de intervenção alicerçou-se no suporte individual psicossocial, ancorado na terapia cognitivo comportamental. Os resultados foram avaliados em relação à qualidade de vida, à ansiedade, à depressão e à satisfação. Ambos os grupos evidenciaram melhorias estatisticamente significativas nos vários domínios avaliados, todavia destaca-se que o grupo intervencionado por enfermeiros demonstrou conduzir a maiores benefícios, nomeadamente nas áreas relativas aos aspetos somáticos.

Considerando ainda as questões relacionadas com os processos avaliativos dos estudos, salientámos que no estudo desenvolvido por Coleman e colaboradores (2005) os resultados não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, perante este facto, os autores publicam posteriormente num outro artigo a mesma intervenção, porém a avaliação é apenas efetuada na fase final de implementação e concretizada com recurso a uma entrevista estruturada. Constata-se que recorrendo a uma técnica de avaliação qualitativa, os resultados do programa de intervenção de enfermagem descritos são mais favoráveis do que a avaliação efetuada com uma técnica quantitativa (Wilmoth, Tulman, Coleman, Stewart & Samarel, 2006), o que mostra a dificuldade em “medir” alguns resultados.

Na revisão desenvolvida e apesar da escassez de estudos concebidos por enfermeiros, da diversidade das intervenções e variabilidade dos processos avaliativos, é comprovado o efeito benéfico das intervenções implementadas nos diferentes estudos. Salienta-se,

ainda, a importância que tem sido atribuída à investigação dos fatores sociais, da promoção das capacidades cognitivas e comportamentais, no sentido de facilitar a adaptação durante o tratamento ativo e ao longo do *follow-up* a sobrevivência. As intervenções focalizadas nestes domínios evidenciam efeitos benéficos, demonstrados através de indicadores de adaptação psicológica e física, constituindo fundamento para a aplicação de programas de intervenção direcionados aos doentes com cancro (Antoni, 2013).

Os resultados também nos permitem inferir que os estudos não evidenciam a existência de modelos uniformes de intervenções de enfermagem, direcionados às mulheres com cancro da mama. Todavia, constata-se que, apesar das exigências colocadas sobre o processo adaptativo, do carácter multimodal das intervenções, da aplicação em distintas fases da doença e das diferentes variáveis de resultado avaliadas, os efeitos dos programas de intervenção favorecem a promoção da adaptação à situação de doença oncológica da mama. Relembramos também que predominam as intervenções no âmbito da educação e do suporte, constituindo o contacto telefónico um recurso adicional privilegiado na concretização dos programas de intervenção.

Sendo imprescindível a elaboração de planos de intervenção mais ajustados à pessoa doente com cancro, capazes de produzir melhores resultados adaptativos e terapêuticos (Deep & Leal, 2004), estamos convictos de que um maior investimento, organização e consequente sistematização das intervenções, potenciará o avanço do conhecimento neste domínio, possibilitando ainda a identificação de lacunas nesta área do conhecimento. Todavia, devemos estar sempre alertas para o risco de que a identificação de padrões não tenha como consequência a perda da individualidade da pessoa (Carpenito, 2013).

Em síntese, podemos inferir que, na atualidade, a doença oncológica assume cada vez mais as características inerentes a uma doença crónica e, como tal, tem que ser gerida e integrada nas atividades de vida diária da cliente. Viver com cancro da mama implica frequentemente experienciar uma variedade de sintomas físicos e psicológicos que dificultam a adaptação a esta nova condição de saúde. Neste contexto, importa referir que os enfermeiros devem, para além de apoiar a pessoa na gestão dos sinais e sintomas, tomar como foco da sua atenção a facilitação dos processos adaptativos face à doença e aos tratamentos, como forma de potenciar a capacidade do próprio gerir a sua doença (Silva, 2007; Pereira, 2007).

Ao longo da pesquisa da literatura efetuada também constatámos que, perante o diagnóstico de cancro da mama, a mulher pode desencadear um quadro psicoemocional marcante, sendo inúmeras as variáveis intervenientes no processo, inerentes ao sujeito e ao seu contexto vivencial e que podem interferir na adaptação. Verificámos que são diversos os estudos que tentam avaliar a adaptação psicológica da doente à sua situação de doença, constatando-se que existem estratégias que contribuem para uma melhor adaptação e outras induzem pior adaptação. Vários têm sido os estudos que tentam relacionar os padrões de resposta à doença e o seu significado, enquanto preditores de adaptação.

O contexto da mulher com cancro da mama é caracterizado pelo profundo impacto emocional, determinado pelo confronto com a finitude da vida, com o facto de ser considerada uma doença crónica e “implica” a vivência de uma transição saúde/doença. No entanto, esta situação de doença ainda pode acarretar a existência de mais do que um tipo de transição, nomeadamente de desenvolvimento, situacional ou organizacional, com implicações adicionais e dificultadoras no processo de adaptação à doença. O cancro da mama pode surgir em diferentes momentos e, conseqüentemente, em períodos de maior instabilidade para a mulher, designadamente num período de idade fértil, por vezes, até na gravidez, na fase de menopausa ou numa etapa mais avançada de vida. Acresce, ainda, os fatores associados ao simbolismo atribuído a este órgão, na feminilidade e na amamentação, bem como as conseqüências que pode acarretar em relação à própria, na esfera laboral, familiar e social. Estas circunstâncias podem afetar negativamente os processos de transição e a adaptação.

Ao longo desta introdução à problemática do nosso estudo também procurámos evidência científica relativamente às estratégias de intervenção existentes na literatura. Verificámos que as intervenções são muito diversificadas, os estudos são avaliados de diferentes formas o que dificulta a sua comparabilidade e potencial de *benchmarking*. E, fundamentalmente, são poucos os estudos em que os enfermeiros são intervenientes diretos e os que existem, não demonstram efetividade no que se refere ao “core” da enfermagem. Salienta-se que em Portugal não foram encontrados estudos desenvolvidos por enfermeiros.

Considerámos estes factos substanciais para o desenvolvimento de um estudo, em que os enfermeiros sejam intervenientes e potenciem o desenvolvimento de conhecimento formal próprio da disciplina de enfermagem, mas fundamentalmente contribua para

promover a adaptação da doente, de modo a que viva a sua situação de doença com menor sofrimento e aumento do seu bem-estar.

Apesar do franco progresso na construção do desenvolvimento da disciplina de enfermagem, podemos inferir que ainda nos encontramos numa fase inicial de edificação do conhecimento (Basto, 2009). No entanto, deveremos ser criteriosos no “que” investigar e ter como base que é essencial demonstrar que os cuidados de enfermagem são essenciais e indispensáveis à população. Neste sentido, se medir os resultados é uma questão de qualidade assistencial e profissional, devemos identificar resultados que sejam sensíveis aos cuidados de enfermagem e determinar os indicadores desses mesmos resultados e, desta forma, contribuir também para o desenvolvimento do processo de intervenção terapêutica (Basto, 2009), como garante da qualidade assistencial da enfermagem.

Justificação da investigação

Tendo o enfermeiro como alvo ou foco de atenção as respostas humanas que os indivíduos desenvolvem face aos seus problemas de saúde e processos de vida, bem como assistir e acompanhar os processos de transição, contribuindo para a adaptação e prevenindo resultados indesejáveis, torna-se imperativo auxiliar o cliente a lidar com as transições que afetam a sua saúde, intervindo antes, durante e após a alteração, de forma a potenciar a vivência de uma transição saudável (Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, 2007).

Face a estes desígnios, fez-nos sentido desenvolver um estudo que potencie uma melhor adaptação da doente à sua doença, através da identificação de um conjunto de intervenções de enfermagem, dirigido às mulheres portadoras de cancro da mama, que se revele facilitador do processo de saudável, potenciando melhores níveis de bem-estar, através do acompanhamento das mudanças e necessidades experienciadas pela pessoa. Porém, não sendo o processo de cuidar linear, não seguindo apenas o raciocínio lógico de resolução de problemas, exige avaliação e intervenção praticamente em simultâneo (Basto, 2009). Neste sentido, desenvolvemos, também, um instrumento de avaliação que possa ajudar-nos a assinalar a efetividade das intervenções desenvolvidas. Este aspeto é um elemento nuclear da investigação que realizámos.

Definição dos objetivos e da finalidade do estudo

O confronto com a problemática descrita e a explicitação dos conceitos interrelacionados ajudou-nos a delinear a essência e a direção da investigação, fazendo-nos sentido desenvolver um estudo que privilegia a mensuração do resultado da adaptação e a intervenção de enfermagem, que se pretende terapêutica, direcionada às doentes portadoras de cancro da mama. Visando um apoio estruturado, promotor de um ajustamento mais eficaz face ao diagnóstico, apontando para o desenvolvimento de processos de *coping* eficazes, com consequências favoráveis em relação ao resultado da adaptação à doença, determinámos por finalidade do estudo: **contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no contexto da assistência as doentes com patologia oncológica mamária**. Desta finalidade derivam os seguintes objetivos;

- Construir e validar um instrumento de monitorização da adaptação, em mulheres com cancro da mama;
- Identificar e consensualizar um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação, em mulheres com cancro da mama, clinicamente relevante no nosso contexto.

Na efetivação destes propósitos importa desenhar um plano de investigação que responda aos problemas de pesquisa, que guie a concretização da investigação, determinando a metodologia, definindo a população e amostra, a(s) “técnica(s)” de recolha de dados e a análise dos mesmos e, fundamentalmente, permita que os objetivos sejam atingidos (Fortin, 1999). Neste sentido, o desenho do estudo foi delineado e concretizado fundamentalmente em três momentos:

- I. Iniciámos com a construção de um instrumento que permite monitorizar, numa lógica de enfermagem, a adaptação, em doentes com patologia oncológica da mama.
- II. Posteriormente, validámos o instrumento de medida desenvolvido.
- III. Por último, identificámos e consensualizámos um painel de intervenções de enfermagem direcionadas à promoção da adaptação em mulheres com cancro da mama.

Destacámos que o terceiro objetivo desta tese foi concretizado em colaboração com duas estudantes de mestrado. Estas estudantes integraram o Curso de Mestrado em Oncologia do Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar e o Curso de Mestrado em

Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, das quais fomos coorientadores.

Esta opção evidencia bem o carácter partilhado do percurso aqui relatado, bem como os contributos e acolhimento do mesmo junto dos enfermeiros que, quotidianamente, assistem as mulheres com cancro da mama. Com efeito, como fica claro ao longo do relatório, a participação dos enfermeiros dos contextos clínicos nas diferentes fases da investigação foi verdadeiramente assinalável.

Referências bibliográficas

- Abbagnano, N. (1977). *História da Filosofia Origens da Ciência. Copérnico. Galileu. Filosofia Moderna. Descartes. Hobbes. A Lógica de Port-Royal. Pascal. Espinoza* (Vol. VI). Vila da Feira: Editorial Presença.
- Abreu, W. (2001). *Identidades, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau.
- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (Jun de 1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *Br J Cancer*, 77(12), 2381–2385.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (1ª ed.). Braga: Lusografe.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5 ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysochoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79-89.
- Antoni, M. (Mar de 2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30(Suppl), S88-S98.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2007). Individual Psychosocial Support for Breast Cancer Patients - A Randomized Study of Nurse Versus Psychologist Interventions and Standard Care. *Cancer Nursing*, 30(3), E10-9.
- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Lindström, A., Wasteson, E., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2006). Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients - A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education And Counseling*, 62(2), 235-243.
- Avelar, A., Derchain, S., Camargo, C., Lourenço, L., Sarian, L., & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, Ansiedade e Depressão em Mulheres com Câncer de Mama antes e após a cirurgia. *Ciência Médica Campinas*, 15(1), 11 - 20.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Francisco, J. (2008). Optimismo, estratégias de coping, e ajustamento emocional em indivíduos do foro oncológico. In: Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saude., 295-298. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (3 ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion A Pratical Guide to Psycho-Oncology* (3 ed.). England : John Wiley & Songs, Ltd.
- Basto, M. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Enfermagem*, 23(1), 25-41.

- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18.
- Basto, M. (2012). *Cuidar em Enfermagem Saberes da Prática* (1 ed.). Coimbra: Formasau.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde.
- Beale, T. (2002). *Archetypes: Constraint-based Domain Models for Future-proof Information Systems - OOPSLA 2002 Workshop on Behavioural semantics*. Recuperado em 10 de Abril, 2014, em: www.deepthought.com.au.
- Benoist, E., & Goelzer, H. (s/d). *Nouveau Dictionnaire Latin- Français*. Paris: Librairie Garnier Frères.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing. A step-by-step guide*. England: McGraw-Hill Open University Press.
- Bittar, O. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 3(12), 21-28.
- Blanchard, E. (1982). Behavioral medicine: past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 795-796.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. In L. Baider & C. Cooper (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 55-71). 2.^a ed. New York: John Wiley & Sons.
- Bloom, J., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Branco, R. (2010). Adaptation: A multi-dimensional concept? In Instituto Internacional Casa de Mateus (org.), *Adaptação - Adaptation* (pp. 98-103). Vila Real: IICM.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.
- Brennan, J. (2004). *Cancer in Context A practical Guide to supportive care*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem* (5 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five years observational cohort. *British Medical Journal*, 330, 702-705.
- Cabral, J. (1993). *O Desafio da normalidade*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Cangussu, R., Soares, T., Barra, A., & Nicolato, R. (2010). Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. *J Bras Psiquiatr.*, 59(2), 106-110.
- Capozzo, M., Martinis, E., Pellis, G., & Giraldo, T. (2010). An early structured psychoeducational intervention in patients with breast cancer: results from a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33(3), 228-234.
- Cardoso, R. [Coord.] (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carlsson, M., & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing*, 17(5), 418-428.
- Carvalho, J. (2009). *O conceito de circunstância em Ortega y Gasset*. *Revista de Ciências Humanas*, 43(2), 331-345.
- Carver, C., & Scheier, M. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Carver, C., Lehman, J., & Antoni, M. (2003). Dispositional Pessimism Predicts Illness-Related Disruption of Social and Recreational Activities Among Breast Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 813-821.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., . . . Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.

- Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Castro, A. (2001). Planejamento da pesquisa clínica. In A.A. Castro. Planejamento da pesquisa (cap. 15). São Paulo: AAC.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transition: A nursing concern. In C. Baudler, *Nursing Research Methodology* (pp. 237-257). Califórnia: Aspen Publications.
- Cho, E., & Oh, H. (2011). Effects of laughter therapy on depression, quality of life, resilience and immune responses in breast cancer survivors. *Journal Of Korean Academy Of Nursing*, 41(3), 285-293.
- Choi, K., Kim, M., Lee, I., Han, S., Park, J., & Lee, J. (2011). Analysis of nursing intervention studies on patients with breast cancer in Korea. *Journal of Korean Oncology Nursing*, 11(1), 74-82.
- Christopher, K., & Morrow, L. (2004). Evaluating a community-based exercise program for women cancer survivors. *Applied Nursing Research*, 17(2), 100-108.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.
- Coleman, E., Tulman, L., Samarel, N., Wilmoth, M., Richel, L., Richel, L., & Stewart, C. (2005). The Effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the Year Following Diagnosis. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 822-829.
- Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas. (2009). *Recomendações Nacionais para diagnóstico e Tratamento do cancro da mama*. ACS.
- Corney, R. (2000). *Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Cotton, S. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(5), 429-438.
- Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dosser, I., & Dallas, L. (2008). Cochrane Database Of Systematic Reviews. Obtido de Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer.: <http://www.thecochranelibrary>
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (2008). *Enfermagem baseada em evidências Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Damáσιο, A. (1999). *O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano* (19º ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Davis, C. (2004). Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer: How can Social Workers Make a Difference? *Health Soc Work*, 29(4), 330-4.
- Dean, C., & Surtess, P. (1989). Do psychosocial factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 651-9.
- Deep, C., & Leal, I. (2002). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. In *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 335-340).
- Descartes. (2010). *Discurso do Método*. Oeiras: Ad Astra Et Ultra, SA.
- Deters, G. (2003). Cancro. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (8 ed.). Loures: Lusociência.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Saúde na Comunidade Guia Orientador para Elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.
- Drageset, S., & Lindstrøm, T. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217-226.
- Dunckel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.
- Edwards, A., Hailey, S., & Maxwell, M. (2004). *Psychological interventions for women with metastatic breast cancer* (Cochrane Review). Cochrane Database of Systematic Reviews.

- Eicher, M., Marquard, S., & Aebi, S. (2006). A nurse is a nurse: a systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *European Journal of Cancer*, 42, 3117-3126.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G. G., Primo, K., & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.
- Erikson, J., & Field, R. (2010). Cancro. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green, *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença* (8ª ed., pp. 525-580). Loures: Lusodidacta.
- Fawzy, F. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *Eur J Cancer*, 35, 1559-64.
- Felton, B., & Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Fernandes, S. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro da Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Braga: Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- Fernandes, S., & McIntyre, T. (2002). Avaliação da eficácia de um programa de intervenção breve em mulheres com cancro da mama. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 359-379.
- Fernández, C., & Flores, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207
- Ferreira, L. M. (2006). *Emoções e estratégias de coping face ao diagnóstico de doença oncológica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Filho, A. (2006). *Teoria Sobre o Método Científico*. Recuperado em 06 dezembro, 2013, em: <http://www.ecientificocultural.com/ECC3/metcienc1.htm>.
- Filipp, S., Klauer, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: an analysis of coping effectiveness. *Psychological Health*, 4, 305-317.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., . . . Larochelle, M. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 30(2), 145-159.
- Folkman, S., & Greer, S. (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology*, 9(1), 11-9.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foster, R. (2001). Who is responsible for measuring Nursing Outcomes? *Journal for Specialists in Paediatric Nursing (JSPN)*, 6(3), 107-108.
- Fougo. (2012). *Gânglio Sentinela e Cancro da Mama: do conceito à aplicação clínica*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. ICBAS.
- Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003). The Effect of a Psychosocial Group Intervention on Loneliness and Social Support for Japanese Women With Primary Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 823-830.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., S., F., Kugaya, A., Okamura, H., . . . Uchitomi, Y. (2000). A Psychosocial Group Intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89(5), 1026-1035.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping. *Cancer*, 113(6), 1462-1470.
- Gall, T., & Cornblat, M. (2002). Breast Cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology*, 11(6), 524-535.
- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, B., & Belin, T. (2002). Quality of life in long-term, disease free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute*, 94(1), 39-49.
- Goossen, W. (2000). *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.

- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res.*, 33(3), 373-377.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, 2(8146), 785-7.
- Grupo de trabalho cancro da mama. (2009). *Recomendações Nacionais para diagnóstico e Tratamento do cancro da mama*. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas.
- Guerra, M. (1998). *Sida: implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Gümüs, A., & Çam, O. (2008). Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9(4), 691-697.
- Hall, A., A'Hern, R., & Fallowfield, L. (Jan de 1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of Cancer*, 35(1), 79-85.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P., Smink, A., & Ranchor, A. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptive value. *Psychooncology*, 18(1), 104-8.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem Pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hughes, J. (1986). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(2), 277-283.
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica Uma abordagem epidemiológica* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.
- International Agency for Research on Cancer. (2012). *Breast Cancer - Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Recuperado em 20 de Agosto, 2014, em: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>.
- Hutz-Midgett, A., Doumas, D., Dickinson, B., Dondero, A., Johnson, M., & Kimball, J. (2012). Untangling Hope and Optimism: Implications for Counselors. *Ideas and Research You Can Use: VISTAS*, 1, 1-9.
- ICN. (2007). *International Council of Nurses - Position Statement on Nursing Research*. Genebra: ICN.
- ICN. (2009). *ICN - Nursing Matters*. Genebra: International Council of Nurses.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE® versão 2- Tradução oficial Portuguesa)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Português de Oncologia - Coimbra. (2012). *Cancro da Mama Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento*. Coimbra: Bloom up.
- International Agency for Research on Cancer. (2012). *Breast Cancer - Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Retrieved from <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jahraus, D., Sokolosky, S., Thurston, N., & Guo, D. (2002). Evaluation of an education program for patients with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 25(4), 266-275.
- Johnson, M., Buleachek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., & Swanson, E. (2006). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC* (2ª Edição ed.). Porto Alegre: Artmed .
- Johnson, M., Buleachek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Joint Commission. (1989). Agenda for change – Characteristics of Clinical Indicators. *Quality Review Bulletin*, 15(11).
- Keitel, W., & Kopala, M. (2000). *Counseling Women With Breast Cancer. A Guide for Professionals*. United States of America: Sage Publications.

- Kershaw, T., Nourhouse, L., Kritpracha, C., A., S., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19(2), 139-155.
- Kinney, C., Rodgers, D., Nash, K., & Bray, C. (2003). Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. *Journal Of Holistic Nursing*, 21(3), 260-279.
- Kissane, D., Bloch, S., Smith, G., Miach, P., Clarke, D., Ikin, J., . . . McKenzie, D. (2003). Cognitive - existential group psychotherapy for women with breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, 6, 532-546.
- Kneier, A., & Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Knobf, M. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-73.
- Knobf, M. (2011). Clinical Update: Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 27 (3) August, e1-e14. USA: Elsevier.
- Koocher, G. (1986). Coping with a death from cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 623-631.
- Krueger, R. A., & King, J. A. (1998). Involving Community Members in Focus Groups,. Em D. L. Morgan Organ, & R. A. Krueger, *Focus groups Kit* (Vol. 5). Thousand Oaks: California: Sage.
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2011). Experiences of a mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer nursing*, 34(1), 24-31.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (2000). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions . In V. Rice, *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice* (pp. 195-222). London : Sage Publications .
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ledoux, J. (2000). *O Cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Leprohon, J. (Janeiro de 2002). A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 5, 26.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2014). O Cancro da Mama. Obtido em 2 de Setembro, 2014, em: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=14>
- Lima, E., Lima, A., & Ferraz, A. (2006). Características demográficas e clínicas de adaptação psicossocial entre mulheres com com câncer de mama. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4), 382-386.
- Lima-Basto, M., José, H., Gomes, I., Potra, T., Diogo, P., & Reis, A. (2010). Therapeutic Instruments Used in Therapeutic Interventions: Is There Evidence In Nursing Care? A Systematic Review of the Literature. *International, Journal of Caring Sciences*, 3(1) , 12-21.
- Liu, L., Li, C., Tang, S., Huang, C., & Chiou, A. (2006). Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*, 29(4), 273-282.
- Lohrisch, C., & Piccart, M. (2006). Câncer de mama. In R. Pollock, J. Doroshov, D. Khayat, A. Nakao, & B. O`Sullivan, *Manual de Oncologia Clínica da UICC* (8 ed., pp. 505 - 536). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*, 90(10), 2164-2174.
- Magaletta, P., & Oliver, J. (1999). The hope construct, will and ways: Their relative relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551.
- Maluf, M., Mori, L., & Barros, A. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (2), 149 - 154.

- Manne, S., Ostroff, J., Fox, K., Grana, G., & Winkel, G. (2009). Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early stage breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 14, 49-68.
- Manuel, J., Burwell, S., Crawford, S., Lawrence, R., Farmer, D., Hege, A., . . . Avis, N. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 2, 85-94.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5 ed.). São Paulo: Atlas.
- Marcos, L. (2011). *Superar a adversidade o poder da resiliência*. Lisboa: Planeta.
- Marek, K. (1997). Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 1(1), 8-12.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística Com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro, Portugal: ReportNumber.
- Marques, A., & Santos, L. (1981). *Filosofia 2*. Lisboa: A Regra do Jogo .
- Martin, P. (2004). *A Mente doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença* (2 ed.). Lisboa: Bizâncio.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e sua família*. (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares: pertinência e objectivos. In M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa : Climepsi.
- McEwen, M., & Wills, E. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* (2º ed.). São Paulo: Artmed Editora S.A.
- Meichenbaum, D., & Jaremko, M. (1983). *Stress management and prevention: A cognitive-behavioral perspective*. New York : Plenum Press.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and progress* (4 ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Miyashita, M. (2005). A randomized intervention study for breast cancer survivors in Japan. *Cancer Nursing*, 28(1), 70-78.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res.*, 27(1),1 - 31.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Moos, R., & Shaefer, J. (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In R. Moos, *Coping with physical illness: new perspectives* (Vol. 2, pp. 3-25). Nova York: Plenum Press.
- Mora, J. (1989). *Dicionário de Filosofia*. Alfragide: Dom Quixote.
- Moreira, H., & Canavarro, M. (2009). Qualidade de Vida e perturbação Emocional no Cancro da Mama. Um Estudo Longitudinal sobre a Qualidade de Vida e Perturbação Emocional Durante o Percurso do Cancro da Mama. *Saúde Mental*, XI(6), 11- 24.
- Moreli, L., Stacciarini, J., Cardoso, A., & Carvalho, E. (2009). Intervenções utilizadas na promoção de estratégias de coping na depressão em mulheres com câncer. *Ciencia y Enfermería* , XV(2), 41-45.
- Mukherjee, S. (2012). *O imperador de todos os males Uma biografia do cancro* (1 ed.). Lisboa: Bertrand.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa : Climepsi.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama* (1º ed.). Lisboa: Climepsi.

- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva* (1 ed.). Porto: ASA.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermaría.
- Ortega y Gasset, J. (1914). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes.
- Osowiecki, D., & Compas, B. (1998). Psychological adjustment to cancer: control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 483-499.
- Pais-Ribeiro, J. (2013). Medida na Avaliação Psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 245-263.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., . . . Martins-da-Silva, A. (2006). O Ajustamento à doença crónica: Aspectos Conceptuais. Porto: Universidade do Porto.
- Park, J., Bae, S., Jung, Y., & Kim, K. (2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nursing*, 35(1), 34-41.
- Pasquali, L. (2004). *Psicometria* (2 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP*, 43, 992-999. Obtido de Rev Esc Enferm USP.
- Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde, Universidade Nova de Lisboa e ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). (I.-I. UIPES – Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, Ed.) *Psychology, Community & health*, 1, 33-55.
- Paulino, S. (s.d.). Sistemas de Informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros . In M. Robalo, *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal* (pp. 225 - 242). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício profissional dos enfermeiros* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Pereira, H., Vieira, G., Vunda, I., & Santos, L. (2014). Tratamento com Radioterapia do Cancro da Mama. In L. Santos, & B. Lopes, *Cancro da Mama O que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento* (pp. 163-174). Lisboa: Lidel.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, M. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar* . Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico* (1º ed.). Lisboa: Lidel.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portela, L. (2013). *Ser Espiritual* (11ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Primi, R., Nascimento, R., & Souza, A. (2004). Critérios para avaliação de testes psicológicos. In Conselho Federal de Psicologia (org.), *Avaliação dos testes psicológicos: Relatório* (pp. 20-30). Brasília: CFP.
- Rand, K. (2009). Hope and optimism: latent structures and influences on grade expectancy and academic performance. *J Pers.*, 77(1), 231-260.
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (2006). Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 148-161.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde* (1º ed.). Coimbra: Quarteto.

- Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In I. Leal, *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (1 ed., pp. 231-241). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis.
- Ribeiro, J., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (mini-MAC). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 231-247.
- Rodrigues, C. (1985). Conceito de Motivação. In C. Rodrigues, & J. Pina-Cabral, *Motivação Conceito. Aspectos Fundamentalmente Inatos* (pp. 47-55). Porto: Contraponto.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rustøen, T., Cooper, B., & Miaskowski, C. (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal Of Oncology Nursing*, 15(4), 351-357.
- Salonen, P., Kellokumpu-Lehtinen, P., Tarkka, M., Koivisto, A., & Kaunonen, M. (2011). Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal Of Clinical Nursing*, 20 (1-2), 255-266.
- Samarel, N., Tulman, L., & Fawcett, J. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer, *Research in Nursing and Health*, 25 (6), 459-470.
- Sandgren, A., & McCaul, K. (2007). Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(1), 38-47.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica representação, coping e qualidade de vida* (1 ed.). Coimbra: Formasau.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica representação, coping e qualidade de vida* (1 ed.). Coimbra: Formasau.
- Saraiva, A. (1977). *Psicologia* (2 ed.). Lisboa: Platano.
- Saraiva, A. (1978). *Filosofia*. Lisboa: Platano.
- Schlossberg, N. (1981). A Model for Analysing Human Adaptation to Transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-18.
- Schneider, S., & Hood, L. (2007). Virtual reality: A distraction intervention for chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 39-46.
- Schneider, S., Prince-Paul, M., Allen, M., Silverman, P., & Talaba, D. (2004). Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 31(1), pp. 81-8.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schumaker, K., & Meleis, A. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. Meleis, *Transitions Theory* (pp. 38-51). New York: Spring Publishing Company.
- Scott, J., Halford, W., & Ward, B. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1122-1135.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2011). *Anatomia e Fisiologia* (8 ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Seligman, L. (1996). *Promoting a Fighting Spirit*. California: Jossey-Bass .
- Selye, H. (1987). Qué es le síndrome general de adaptación. In S. Bensabat, & H. Selye, *Stress: grandes especialistas responden* (pp. 24-28). Bilbao: Mensajero.
- Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias* (1 ed.). Coimbra: Adriano vaz Serra .
- Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279 - 308.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3 ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Servan-Schreiber, D. (2007). *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

- Sherman, D., Haber, J., Hoskins, C., Budin, C., Maislin, G., Shukla, S., . . . Roth, A. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-15.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Silva, A. (2011). *Intenções Dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Silva, L., Bianchi, F., Rodrigues, H., Maurício, J., & Guimarães, T. (2004). *Cancro da mama. Normas de orientação clínica*. Porto: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Centro Regional Oncologia do Porto, SA.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista portuguesa de saúde pública*, 1(29), 64-76.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. (2009). Ansiedade e depressão após o Diagnóstico e Sobrevivência para o Cancro da Mama. *Saúde Mental*, 11(5), 29-41.
- Simonet, G. (2010). The concept of adaptation: interdisciplinary scope and involvement in climate change. *S.A.P.I.E.N.S.*, 3(1), 1-9.
- Smeltezer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan.
- Snyder, C. (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C., Kevin, L., & Sigmon, R. (2002). Hope Theory A Member of the Positive Psychology Family. In *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Sousa, P. (2011). Sistemas de Informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros . In M. Robalo, *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal* (pp. 225-242). Lisboa: Edições Sílabo.
- Stanton, A., & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 78, 1150-1169.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., & Huggins, E. (2002). The first year after breast cancer diagnoses: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., . . . Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stanton, A., Ganz, P., Rowland, J., Meyerowitz, B., Krupnick, J., & Sears, S. (2005). *Promotion Adjustment after Treatment for Cancer*. University of California. Los Angeles: American Cancer Society.
- Tavares, M. (2014). *Não se encontra o que se procura* (1ª ed.). Lisboa: Clube do Autor.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to Threatening Events A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J., & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Taylor, S., Lichtman, R., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488.
- Veríssimo, R. (2000). *Doença Inflamatória do Intestino: factores psicológicos*. Porto: Tese de Doutoramento apresentada na Faculdade de Medicina do Porto.
- Vespa, A., Jacobsen, B., Spazzafumo, L., & Balducci, L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, 20(1), 5-11.

- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro* (2 ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.
- Vos, P., Visser, A., Garssen, B., Duivenvoorden, H., & de Haes, H. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 212-219.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. m., & Tunnore, R. (1991). Relationships between emotional control adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Watson, M., Greer, S., Yuong, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson. (1988). Development of a questionnaire of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203 - 209.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-MAC: further development of mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-47.
- Wilmoth, M., Tulman, L., Coleman, E., Stewart, C., & Samarel, N. (Jan de 2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 33(1), 138-44.
- Yoo, M., Lee, H., & Yoon, J. (2009). Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 39(2), 157-165.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P., & Juando, C. (Aug de 2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.
- Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev.latino-am.enfermagem*, 7(3), 25-32.

Capítulo I

Indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto da monitorização da adaptação em mulheres com cancro da mama

Perguntas inadequadas resultam sempre em informações incorretas.

Nightingale (1989)

Introdução

Este relatório está organizado com diferentes capítulos que respondem, na sua especificidade, a objetivos distintos mas complementares. Assim, iniciámos por identificar um conjunto de indicadores clinicamente úteis, que potenciem a avaliação da efetividade de abordagens terapêuticas de enfermagem, em doentes com patologia oncológica mamária, tendo em vista a sua adaptação.

Em rigor, esta etapa reporta a primeira fase preliminar/exploratória do processo de construção de um instrumento de “medida” que permita avaliar a eficácia de intervenções de enfermagem, dirigidas à promoção da adaptação das mulheres com cancro da mama. Ao longo da redação, explicitámos e descrevemos o processo de identificação dos indicadores de resultado que poderão integrar o “instrumento” e concorrerão para a sua validade de conteúdo.

Focalizando o contexto adaptativo da doença oncológica, depreendemos que constitui um incidente *stressor* muito poderoso, com um impacto profundo na forma como a cliente se percebe, bem como no modo como percebe o ambiente social que a rodeia, encontrando-se esta doença no grupo das que ameaçam a integridade física e psicológica do indivíduo. É um acontecimento de vida que origina uma adaptação quer da pessoa, quer, muitas vezes, da família. O doente tem que adquirir e/ou mobilizar “novas e velhas” competências que lhe permitam adaptar-se à situação, por vezes, implicando ajustamentos psicossociais significativos (Matos & Pereira, 2002).

No confronto com uma doença da qual não se conhece a cura, é muito frequente emergirem dúvidas e incertezas, sendo fundamental o conhecimento dos fatores que interferem de forma negativa na adaptação, assim como os fatores que a facilitam. O conhecimento destes fatores constitui um meio fundamental de potenciar o

desenvolvimento e promoção de estratégias de *coping* mais eficazes, que promovam uma melhor adaptação (Batista, Carvalho & Francisco, 2008).

O *coping*, conceito desenvolvido por Lazarus e Folkman (1986), ocorre quando as exigências específicas, internas ou externas do indivíduo, são avaliadas como ultrapassando os seus próprios recursos, determinando esforços cognitivos e comportamentais para lidar com a situação stressante.

White (1985) realça que o conceito de *coping* se refere à adaptação em condições relativamente difíceis e que implica a produção de comportamentos novos. Perante uma situação problemática, que desafia as formas usuais da pessoa se comportar, originando frequentemente emoções desconfortáveis, surge a necessidade de alívio e, conseqüentemente, o desenvolvimento de estratégias que permitam adaptação (cit. por Vaz-Serra, 1999).

Conforme já enunciamos na introdução deste relatório, o cancro constitui uma fonte de stress que implica a adoção de estratégias de *coping* variadas e altamente dinâmicas, no confronto com as ameaças específicas que a caracterizam e nas diferentes etapas que lhe estão associadas (Santos, 2006). Apesar das estratégias de *coping* se revelarem dinâmicas e variadas, alguns autores descrevem padrões de resposta associadas a esta doença, associando-os e relacionando-os com a capacidade preditiva de adaptação. Kneier e Temoshok (1984) identificaram cinco tipos de resposta características, que os doentes utilizam para lidar com o diagnóstico de cancro, nomeadamente: o espírito de luta, o evitamento positivo, a aceitação estoica, a desesperança, preocupação ansiosa.

Posteriormente, Seligman (1996, p. 19) associa características individuais relacionadas a um bom prognóstico da doença oncológica, nomeando: “*o espírito de luta, o evitamento positivo, fortes relacionamentos de suporte e a habilidade para lidar de modo flexível e eficaz com o stress*”. Por outro lado, “*o fatalismo, desesperança/sensação de incapacidade, fatalismo, ansiedade e depressão, supressão das emoções, estilo de vida caracterizado por isolamento, nível socioeconómico baixo, relações familiares difíceis durante a infância e perdas significativas*”, estão associadas a processos adaptativos menos eficazes.

Assim, podemos referir que as estratégias de *coping* são singulares e divergem de pessoa para pessoa e de situação para situação. Resultam da complexa interação entre as perceções dos acontecimentos, entre o significado atribuído aos mesmos e às respostas fisiológicas associadas a esse significado (Veríssimo, 2000b). No entanto, também

podemos inferir que existem estratégias de *coping* “melhores” do que outras, se tivermos em conta a “situação-problema”, a sua utilização no momento exato e tendo em atenção as características intrínsecas da pessoa. O seu valor adaptativo deverá ser avaliado, em cada contexto e momento específico e em diversas combinações mediante a “situação-problema” e as emoções desencadeadas (Serra, 1999; Meichenbaum & Jaremko, 1983).

O cancro da mama pode constituir uma experiência de *distress* emocional, particularmente após o diagnóstico, e determinadas estratégias de *coping* têm evidenciado um papel fundamental na adaptação emocional (Moreira & Canavarro 2009). Consequentemente, a utilização ou não de estratégias adequadas, contribuirão para que o stress sentido seja mais ou menos intenso, potenciando uma melhor ou pior adaptação.

Santos (2006) também salienta que os doentes portadores de patologia oncológica mamária evidenciam uma representação cognitiva e emocional mais negativa do que outros grupos de diagnóstico de doença oncológica, com muitas implicações emocionais e baixa compreensão da doença. Estas circunstâncias traduzem-se em padrões de respostas dos clientes (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000) que se podem designar como “*menos*” adaptativas. Ajudar os clientes nestas situações é o foco de interesse da ação terapêutica de enfermagem.

Neste sentido, e estando a enfermagem centralizada nas respostas humanas que os indivíduos desencadeiam face aos problemas de saúde, bem como, nos processos de transição daí resultantes, torna-se determinante contribuir para a clarificação de padrões de resposta às transições (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000) favorecedores da adaptação com sucesso. No entanto, também é fundamental identificar os resultados que são sensíveis ao cuidado de enfermagem (Basto, 2009), passíveis de mensuração e que potenciem o delineamento de terapêuticas de enfermagem eficientes. Daqui resulta como necessário colocar a questão: “Quais os indicadores clinicamente úteis, na perspetiva de enfermagem, para a monitorização das respostas adaptativas das clientes com cancro da mama?”.

Método

A resposta à questão enunciada foi construída na abordagem que a seguir descrevemos. Assim, o desenvolvimento deste estudo foi alicerçado numa abordagem qualitativa e exploratória, concretizado ao longo de cinco etapas.

Figura 2. Processo de identificação dos indicadores / itens clinicamente úteis para monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama.



Na primeira etapa, efetuámos uma revisão da literatura focalizando o resultado do processo adaptativo da pessoa ao cancro da mama. Essencialmente focalizámos estudos que identificaram as estratégias de *coping* que as doentes utilizaram para lidar com a doença e as repercussões destas em relação ao resultado adaptativo.

Na segunda etapa, procedemos ao desenvolvimento de entrevistas com mulheres com cancro da mama, que pertencem a um grupo de autoajuda (Anexo II). Efetuámos entrevistas exploratórias a dez voluntárias, questionando-as sobre os fatores que contribuíram e que consideraram essenciais para a adaptação à sua situação de doença. Utilizámos a entrevista não dirigida, utilizando uma questão ampla sobre o tema e solicitámos que a participante exprimisse as suas ideias sobre o mesmo (Streubert & Carpenter, 2013). Iniciámos a recolha de dados no ano de 2011, durante o mês de janeiro. As entrevistas tiveram uma duração aproximada entre quinze a vinte minutos.

Seguindo uma abordagem qualitativa, analisámos o conteúdo das entrevistas através das significações que as mensagens narradas nos ofereceram, segundo o critério semântico e lexical, sem categorias *a priori* , extraímos as unidades de registo e, após, procedemos ao processo de codificação (Bardin, 2011).

A amostra utilizada foi de conveniência (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2008; Fortin, 2009). Relativamente à caracterização das participantes (Tabela 1), estas mulheres tinham idades compreendidas entre os 55 e os 75 anos. Quanto ao tempo após o diagnóstico de cancro, está compreendido entre um ano e os 29 anos. Em média, o diagnóstico de cancro da mama das participantes foi de 15 anos. Relativamente ao estado civil, a larga maioria das entrevistadas estava casada. O nível de escolaridade

das participantes era, genericamente, médio ou superior. No entanto, a maioria das mulheres estava reformada.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes nas entrevistas

Participante	Idade	Tempo após diagnóstico	Estado civil	Habilitações Literárias	Profissão
E1	70	29	Viúva	Frequência universitária	Reformada
E2	62	2	Casada	9º ano	Empresária
E3	70	20	Casada	12º ano	Reformada
E4	75	19	Casada	Licenciatura	Reformada
E5	72	21	Casada	Licenciatura	Reformada
E6	59	11	Casada	4º ano	Reformada
E7	60	11	Casada	9º ano	Empresária
E8	55	13	Casada	9º ano	Reformada
E9	60	11	Divorciada	Frequência universitária	Desempregada
E10	55	13	Casada	9º ano	Reformada

Com base naquilo que emergiu da literatura e da análise de conteúdo ao discurso das participantes que experimentaram o fenómeno, avançamos, após, para um processo de seleção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, nos termos descritos na NOC (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010).

A NOC é uma classificação de resultados de enfermagem que possui cinco níveis conceptuais distintos: domínios, classes, resultados, indicadores de resultado. A estruturação é agrupada desde um nível mais atómico (escala – nível 5) até a um nível mais abrangente (domínio – nível 1). Salienta-se que cada resultado é mensurado e explicitado através dos indicadores de resultados (nível 4) numa escala específica. Na identificação dos itens estivemos centrados nos indicadores de nível 3 (resultados) e nos subsequentes de nível 4 (indicadores de cada resultado).

Em paralelo, procedemos a uma leitura crítica das ligações das classificações da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) – NIC (*Nursing Interventions Classification*) – NOC (Johnson *et al.*, 2009). Tendo por base os indicadores de resultado da NOC que identificámos, pesquisamos os diagnósticos de enfermagem da NANDA, direcionados aos processos adaptativos e incluímos indicadores que julgámos essenciais à problemática em estudo.

Na quinta etapa, alicerçados no material emergente nas quatro etapas anteriores, procedemos à auscultação por um painel de peritos, constituído por enfermeiros e docentes de enfermagem. Recorremos a um procedimento de geração de consensos do tipo *Grupo focal* (Krueger & King, 1998), numa primeira etapa e, posteriormente, tendo por base os pressupostos teóricos desenvolvidos e a estrutura da codificação da NOC, foi

construído um documento (Anexo III) que foi entregue aos sete peritos, tendo-lhes sido solicitado que se pronunciassem e assinalassem os indicadores de resultado que consideravam importantes para a monitorização da adaptação das mulheres com cancro da mama. O documento foi construído com base na codificação expressa na NOC, onde se descreveram os 63 indicadores (nível 3) e os respetivos 920 indicadores de resultado (nível 4).

Resultados

Através da revisão da literatura efetuada, depreendemos que as conclusões dos estudos face ao processo adaptativo ao cancro da mama evidenciam a existência de estratégias de *coping*, adotadas pelas doentes, que favorecem a adaptação à doença, contribuindo para uma melhor funcionalidade e qualidade de vida. Os estudos apontam para algumas regularidades no tipo de estratégias encontradas e na adaptação proporcionada.

Segundo Romero e colaboradores (2005), a espiritualidade constitui um preditor de melhor qualidade de vida nas mulheres com este tipo de cancro, constituindo um recurso que lhes proporciona maior suporte para lidarem com a situação. Mulheres com baixos níveis de esperança, mas que recorrem à religião, apresentam resultados adaptativos mais favoráveis (Stanton *et al.*, 2002). O estudo desenvolvido por Gall e Cornblat (2002) aponta para o contributo da oração como meio de aliviar e reduzir a angústia, a depressão e o medo. Cotton e colaboradores (1999) referem uma correlação positiva entre a qualidade de vida e o bem-estar espiritual. A presença da dimensão espiritual institui uma referência indicadora de uma melhor adaptação a esta condição de doença (Vespa, Jacobsen, Spazzafumo & Balducci, 2011).

As estratégias focalizadas num *coping* positivo, com aceitação da doença e humor, traduzem-se em menor *distress*. De acordo com Carver e colaboradores (1993) o pessimismo aumenta o risco de reações adversas face ao diagnóstico e tratamento. Doentes menos otimistas manifestam níveis mais elevados de ansiedade e depressão, revelando maior vulnerabilidade em relação ao ajustamento à doença (Epping-Jordan *et al.*, 1999). Verifica-se, também, que doentes mais otimistas vivenciam menos stresse, não demonstrando rutura nas atividades sociais, promovendo um envolvimento contínuo nas atividades de vida diária, o mesmo é dizer: no autocuidado (Carver, Lehman & Antoni, 2003).

O suporte social, enquanto estratégia mediadora na adaptação ao cancro da mama, está relacionado com benefícios a nível psicológico, social e físico (Bloom, 1982). Também está associado com a diminuição da ansiedade, depressão (Bloom & Spiegel, 1984) e com um melhor ajustamento à doença (Dunckel-Schetter, 1984). Mais recentemente, Vos e colaboradores (2004) sugerem que esta estratégia potencia uma melhor adaptação, sugerindo que este tipo de apoio deve ser iniciado logo após o diagnóstico ou cirurgia. Esta estratégia constitui um recurso fundamental de *coping*, sendo útil para lidar com a raiva e a depressão (Manuel *et al.*, 2007).

Outros estudos enfatizam que a utilização de estratégias como o espírito de luta e o autocontrolo estão associadas a menores níveis de depressão e ansiedade e, conseqüentemente, a uma melhor adaptação (Greer, Morris & Pettingale, 1979; Felton & Revenson, 1984; Watson *et al.*, 1991; Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996; Heim, Valach, & Schaffner, 1997; Osowiecki & Compas, 1998; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002; Villoria, 2002; Kershaw, Nourhouse, Kritpracha & Mood, 2004; Henselmans, Sanderman, Baas, Smink & Ranchor, 2009; Varela & Leal 2007).

Alguns estudos evidenciam outras estratégias de *coping*, centradas na emoção, como a negação, o fatalismo e a preocupação ansiosa, por vezes associadas a pior adaptação, mas também associadas e utilizadas como meio de reduzir os efeitos negativos da doença, visando alcançar novo equilíbrio e bem-estar, com acesso a níveis de funcionalidade superior (Varela & Leal, 2007; Dean & Surtees, 1989; Filipp, Klauer, Freudenberg & Ferring, 1990) e com conseqüente poder adaptativo, em particular nas fases iniciais da doença.

Podemos inferir que um estilo de *coping* mais ativo, sob a forma de espírito de luta, de procura de suporte social, autocontrolo, índices favoráveis de otimismo e dimensão espiritual presente, promovem uma adaptação mais eficaz. Por outro lado, um estilo de *coping* menos ativo, compreendendo estratégias de evitamento, aceitação estoica, fatalismo, preocupação ansiosa, desânimo, auto-culpabilização, desesperança, supressão emocional, baixo locus de controlo interno e impotência, conduzem a pior ajustamento à doença, com índices mais elevados de ansiedade e depressão.

Posteriormente, recorreremos ao movimento voluntário “Vencer e Viver”, constituído por mulheres com o diagnóstico de cancro da mama que, após o tratamento, se vincularam a este grupo de ajuda e suporte. Esta opção, para além de nos ter permitido alcançar (em direto) a perspetiva das mulheres que vivenciaram situações similares anteriormente,

forneceu-nos dados com origem em sujeitos que, diariamente, acompanham pessoas confrontadas com a doença. Com esta afirmação pretendemos enfatizar que estas mulheres constituíram fontes privilegiadas de informação, porque experienciaram na primeira pessoa a doença e também lidam em direto com quem está envolvido no problema. Esta abordagem às “doentes” procurou constituir-se como a base nuclear de aprimoramento do painel de indicadores, integrando a perspetiva dos sujeitos que experimentam o fenómeno em estudo. A análise de conteúdo efetuada às entrevistas apontou para dimensões centradas nas seguintes categorias: “suporte da família/amigos”, “força interior ou de vontade”, “autoestima e reconstituição da imagem”, “otimismo” e “espiritualidade” (Tabela 2).

Tabela 2. Categorias: Adaptação à doença oncológica da mama (perspetiva das mulheres com cancro da mama).

Categorias	Unidade de Registo (exemplos)
Suporte da família/amigos.	<p>“ (...)a família como os amigos têm muito peso, por vezes até os amigos têm mais peso (...) gente sente que tem uma segurança, que há alguém (...) por vezes os amigos têm peso, porque a família a gente sabe que conta, que é um apoio certo, no meu caso. E, os amigos abre-se uma pessoa com muito mais facilidade para um amigo do que propriamente para a família. (...)” E1</p> <p>“ (...) o meu marido apoiou-me, sei lá 1000 por cento (...)” E2</p> <p>“ (...) o apoio familiar (...) o meu marido ” (...)” E5</p> <p>“ (...) é importante a família (...)” E7</p> <p>“ (...) o doente não consegue nada sozinho (...) ninguém consegue ultrapassar esta fase sozinho (...) tem que ser da parte da família (...) o meu marido deu-me apoio (...)” E8</p> <p>“ (...) a minha filha (...)os amigos, a equipa de saúde (...)” E9</p>
Força interior ou de vontade.	<p>“ (...) a força de vontade que tinha (...)” E1</p> <p>“ (...) eu vou conseguir (...) eu sou forte e eu consegui (...)” E2</p> <p>“ (...) é um ultrapassar-se a si própria (...)” E5</p> <p>“ (...) a minha força interior (...)” E7</p> <p>“ (...) a força de viver vem-nos de uma tal forma que às vezes não há palavras para explicar (...)” E8</p>
Autoestima e reconstituição da imagem.	<p>“ (...) gostar de si e cuidar da sua imagem (...)” E4</p> <p>“ (...) a pessoa conseguir ter a mesma imagem, isso dá uma força, o facto de ter a mesma imagem, eu não sou coitadinha, eu estou aqui, sou a mesma, estou inteira, isso deu uma força extraordinária (...) é importante a autoestima que a gente transmite (...)” E5</p> <p>“ (...) sentir-me bem com a minha imagem (...)” E6</p> <p>“ (...) sempre me cuidei, a autoestima num doente oncológico é muito, muito importante (...)” E8</p>
Otimismo.	<p>“ (...)gente tem que ter é pensamento positivo (...)” E1</p> <p>“ (...) naturalidade e otimismo (...) a minha imagem era de otimismo (...)” E4</p> <p>“ (...) a minha reação foi boa (...) andava sempre bem-disposta (...)” E6</p> <p>“ (...) eu própria é que sou muito otimista (...)” E7</p>
Espiritualidade.	<p>“ (...) fiz um contrato com Nosso Senhor, se quer que eu trabalhe tem que me dar saúde, portanto está na mão dele (...) é um compromisso (...)” E1</p> <p>“ (...) eu tinha uma fé, à minha maneira (...)” E2</p> <p>“ (...) muita fé em Deus (...)” E7</p> <p>“ (...) ter muita fé (...)” E10</p>

Tendo por base os resultados destas duas etapas, identificámos um vasto conjunto de indicadores de resultado recorrendo aos indicadores de resultado descritos na NOC. Considerámos esta opção com o propósito de especificar e incluir no “instrumento” os diferentes aspetos de saúde, que possam constituir indicadores clinicamente úteis, numa

perspetiva de enfermagem. Após, procedemos a uma análise crítica das ligações das classificações NANDA/NIC/NOC, passíveis de serem associados à problemática.

Na posse de um vasto painel de indicadores, procedemos à auscultação do painel de peritos. A utilização da técnica do tipo “Grupo focal” (Krueger & King, 1998) permitiu-nos, tal como descrito na literatura, gerar consensos e explorar discordâncias. Foram sete os especialistas na área oncológica participantes no grupo focal. Foi realizada uma sessão de grupo, depois de todos os participantes terem acesso prévio ao material que serviria de mote às discussões. Da sessão foram redigidas notas narrativas, que posteriormente foram objeto de análise. Salientámos que, após a análise das mesmas, se apurou que foi dado ênfase a domínios no âmbito do autocuidado, com foco no domínio instrumental. Também foi destacado pelos peritos que, face ao objetivo pretendido, seria pouco pertinente e desvantajoso o uso de “itens” com grande abrangência conceptual.

Conforme referimos anteriormente, foi construído um documento (Anexo III) com base nos pressupostos teóricos identificados e alicerçado na codificação da NOC. Como se percebe da leitura do anexo III, era pedido a cada um dos peritos para assinalarem os itens “importantes”, numa lógica dicotómica do tipo “Sim ou Não”. Este documento foi, após, remetido a cada um dos peritos, numa lógica de geração de consenso; agora numa abordagem mais próxima de um “grupo nominal” (Bowling, 2014), sem interação entre os sete peritos. Foram usados como critérios de consenso: frequência de respostas iguais ou superiores a quatro. Quer isto dizer que, os 110 itens de nível 4 da NOC que foram consensualizados foram indicados por, pelo menos, 4 peritos. Assim, ficámos com 110 itens de nível 4 (Anexo IV) e 31 itens de nível 3, mais abrangentes (Anexo V), consensualizados pela maioria dos sete peritos.

Tomando como referência o nível 3 da estrutura organizacional da NOC, os aspetos de maior consenso e que podem constituir-se como indicadores úteis para a monitorização dos processos adaptativos das clientes com cancro da mama, circundam em torno de áreas como: a esperança; a aceitação do estado de saúde; a gravidade do sofrimento; a adaptação psicossocial; a mudança de vida; o *coping*; o apoio social; o desempenho de papel.

Discussão

Iniciámos o processo de identificação dos indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto das estratégias terapêuticas promotoras da adaptação em doentes com cancro da mama, através de uma revisão da literatura focalizando esta problemática. Esta etapa permitiu-nos apontar áreas relevantes para o conteúdo do “instrumento”. Importa salientar que a maioria dos estudos revisados centralizavam-se no âmbito da psicologia e no domínio da adaptação cognitiva, focalizando as estratégias de *coping* que potencialmente induzem adaptação. Abordavam, apenas, áreas da adaptação psicológica, não focando outras áreas, do domínio somático ou do autocuidado (Orem, 1993). Estes últimos domínios constituem variáveis que englobam o conceito de adaptação à doença e que contribuem decididamente para a adaptação à situação de doença, muito em particular numa visão da disciplina de enfermagem.

A especificidade da assistência em enfermagem também está implicitamente relacionada com a multidimensionalidade do conceito de adaptação. A este propósito lembrámos o estudo, já referenciado, direcionado a doentes com cancro da mama, envolvendo uma intervenção com um grupo de psicólogos e de enfermeiros, alicerçado no suporte individual psicossocial e na terapia cognitivo comportamental. Os resultados indicam um maior grau de satisfação com o grupo intervencionado por enfermeiros, diferença atribuída ao contributo da enfermagem nos aspetos relacionados com domínios da esfera somática e do autocuidado (Arving *et al.*, 2007).

Também entrevistámos doentes que pertenciam a um grupo de autoajuda e que vivenciaram, na primeira pessoa, o diagnóstico de cancro da mama. Para além de terem passado pelo processo de adaptação à situação de doença, lidam com quem está a vivenciar e a adaptar-se a este evento não normativo de vida. Conforme já foi descrito, utilizámos uma metodologia qualitativa e exploratória, tendo sido efetuada uma questão aberta na tentativa de perceber, de uma forma abrangente, o que interferiu de forma significativa na adaptação destas doentes. Enfatiza-se que as respostas brotaram de forma clara e elucidativa, o que nos facilitou o processo de análise de conteúdo e a consequente codificação das categorias. Os pormenores foram descritos como se estivessem a viver a realidade no momento.

Salientámos que as categorias apreendidas na análise de conteúdo também focalizam áreas justapostas ao resultado da revisão da literatura, designadamente focalizam domínios positivos como o otimismo e a espiritualidade. O apoio social também é uma

área coincidente. Assim como também considerámos que as estratégias de espírito de luta e do autocontrolo estão no mesmo âmbito das categorias “*força interior ou de vontade*” e “*autoestima e reconstituição da imagem*”.

Através das entrevistas também percecionámos que viver o ajustamento inicial e processual ao diagnóstico de cancro da mama se revela emocionalmente marcante, sendo narrado com profundidade e ínfimos pormenores. Determinados episódios emocionais, que envolvem as emoções de medo, tristeza, felicidade ou raiva, podem ser de tal forma significativos que são recordados de forma particularmente crua e nítida, com uma intensidade surpreendente, mesmo muitos anos depois, tal como descrito por vários autores (Izard, 1991; Damásio, 1999; LeDoux, 2000). Este facto é associado com situações fisiológicas, nomeadamente a descargas de adrenalina, sendo denominado “memória de impacto” (LeDoux, 2000).

A consulta inicial de um grupo de peritos, utilizando a técnica de “grupo focal”, permitiu-nos refletir, discutir e compreender melhor a amplitude da temática. A reflexão partilhada através de quem lida diariamente com estes doentes e se confronta com as dificuldades de adaptação dos mesmos, permitiu-nos inferir que deveríamos acrescentar o domínio do autocuidado no conjunto das dimensões a representar no instrumento. Posteriormente, recorreremos à NOC e procurámos todos os resultados que pudessem estar associados às temáticas emergentes das fases anteriores. Elaborámos um extenso documento com os indicadores de resultado. Após, os peritos pronunciaram-se relativamente ao grau de importância percebida, face a cada indicador.

Alicerçamo-nos nas classificações de enfermagem, nomeadamente na NOC e enunciámos os indicadores de resultado descritos nesta classificação, essencialmente porque na sua génese estão revisões da literatura, exploração da informação que está disponível nas bases de dados da saúde, *surveys* realizados em larga escala e trabalhos com grupos de peritos (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010; Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010). Este facto contribuiu para assegurar e dar robustez à validade de conteúdo do instrumento de medida em desenvolvimento, a par da perspetiva das doentes.

O objeto dos cuidados de enfermagem fundamenta-se na interação enfermeiro/cliente (Basto, 2009), sendo essencial a utilização da pesquisa baseada em evidências, particularmente com base em pesquisas empíricas, em informações úteis, relevantes e acessíveis (Cullum, Ciliska, Haynes & Marks, 2008). No entanto, é também essencial que sejam identificados os resultados das intervenções que são influenciados pela sua prática

e sejam incluídos na avaliação da efetividade do sistema de assistência em saúde (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson 2010).

Também Meleis (2007) defendem que uma das áreas que deve ser amplificada e refinada, relativamente ao desenvolvimento teórico da disciplina, é a área dos indicadores de resultado associados aos padrões de resposta às transições.

Constituindo a doença oncológica da mama um evento gerador de transições do tipo saúde/doença, parece-nos determinante desenvolver e aprimorar indicadores, que coadjuvem o processo assistencial dos enfermeiros e potenciem a implementação de intervenções terapêuticas significativas e efetivas.

Apesar de existirem grupos de fatores que podem dificultar ou facilitar este processo, como os de natureza pessoal, os relacionados com aspetos socioculturais e os recursos da comunidade (Pereira, 2009), também se reconhece a existência de padrões de resposta quando a mulher se depara com esta transição saúde/doença, pelo que devemos ser capazes de os desenvolver e refinar de forma a conseguirmos avaliar a efetividade das terapêuticas mobilizadas e implementadas.

Conclusões

Julgámos fundamental o desenvolvimento e a identificação de indicadores clinicamente úteis e relevantes que reflitam o estado do cliente, passíveis de serem medidos e monitorizados, como forma de avaliar o sucesso das terapêuticas de enfermagem, determinando o impacto e a eficácia da assistência prestada.

Nesta fase do processo da investigação, considerámos que está-mos na posse de um conjunto de indicadores clinicamente úteis, totalizando 110 indicadores de resultado, direcionados ao contexto da adaptação da mulher com cancro da mama e que constituirão o alicerce para a construção de um instrumento de medida que permita avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem, em contexto clínico. Este era, nesta fase, o nosso propósito.

Após o término desta fase e dando continuidade ao trabalho, partimos para a execução de um *survey* junto dos enfermeiros dos Institutos de Oncologia Nacionais, que exercem funções assistenciais a doentes com patologia oncológica da mama, no sentido de conseguirmos um consenso de perfil quantitativo e alargado.

Referências bibliográficas

- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2007). Individual Psychosocial Support for Breast Cancer Patients - A Randomized Study of Nurse Versus Psychologist Interventions and Standard Care. *Cancer Nursing*, 30(3).
- Baptista, A., Carvalho, M., & Francisco, J. (2008). Optimismo, estratégias de coping, e ajustamento emocional em indivíduos do foro oncológico. In: Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saude., 295-298. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (3 ed.). Lisboa: Edições 70.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. In L. Baider & C. Cooper (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 55-71). 2.ª ed. New York: John Wiley & Sons.
- Bloom, J., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services* (4ª ed.). Philadelphia: Open University Press.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem* (5 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Carver, C., Lehman, J., & Antoni, M. (2003). Dispositional Pessimism Predicts Illness-Related Disruption of Social and Recreational Activities Among Breast Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 813-821.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., . . . Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-390.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.
- Cotton, S. L. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 8(5), 429-438.
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R., & Marks, S. (2008). *Enfermagem baseada em evidências Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Damásio, A. (1999). *O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano* (19º ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Dean, C., & Surtess, P. (1989). Do psychosocial factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 651-9.
- Dunckel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G. G., Primo, K., & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.
- Felton, B., & Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, pp. 343-353.
- Filipp, S., Klauer, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: an analysis of coping effectiveness. *Psychological Health*, 4, 305-317.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

- Gall, T., & Cornblat, M. (2002). Breast Cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology*, 11(6), 524-535.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, 2(8146):785-7.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P., Smink, A., & Ranchor, A. (Jan de 2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptive value. *Psychooncology*, 18(1), 104-8.
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica Uma abordagem epidemiológica* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kershaw, T., Nourhouse, L., Kritpracha, C., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19(2), 139-155.
- Kneier, A., & Temoshok, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Krueger, A., & King, A. (1998). Involving Community Members in Focus Groups. In D. L. Morgan Organ, & R. A. Krueger, *Focus groups Kit* (Vol. 5). Thousand Oaks: California: Sage.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ledoux, J. (2000). *O Cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Manuel, J., Burwell, S., Crawford, S., Lawrence, R., Farmer, D., Hege, A., . . . Avis, N. (Mar-Apr de 2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 2, 85-94.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. Em M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e sua família*. (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
- Meichenbaum, D., & Jaremko, M. (1983). *Stress management and prevention: A cognitive-behavioral perspective*. New York : Plenum Press.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and progress* (4 ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Moreira, H., & Canavarro, M. (2009). Qualidade de Vida e perturbação Emocional no Cancro da Mama. Um Estudo Longitudinal sobre a Qualidade de Vida e Perturbação Emocional Durante o Percurso do Cancro da Mama. *Saúde Mental*, XI(6), 11- 24.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermaría.
- Osowiecki, D., & Compas, B. (1998). Psychological adjustment to cancer: control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 483-499.
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício profissional dos enfermeiros* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Santos, C. (2006). *Doença oncológica representação, coping e qualidade de vida* (1 ed.). Coimbra: Formasau.
- Seligman, L. (1996). *Promoting a Fighting Spirit*. California: Jossey-Bass .

- Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias* (1 ed.). Coimbra: Adriano vaz Serra.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3 ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., & Huggins, E. (2002). The first year after breast cancer diagnoses: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stanton, A., Ganz, P., Rowland, J., Meyerowitz, B., Krupnick, J., & Sears, S. (2005). *Promotion Adjustment after Treatment for Cancer*. University of California. Los Angeles: American Cancer Society.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista* (5ª ed.). Loures : Lusodidacta.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 479-488.
- Veríssimo, R. (2000). Doença Inflamatória do Intestino: factores psicológicos. Porto: Tese de Doutoramento apresentada na Faculdade de Medicina do Porto.
- Vespa, A., Jacobsen, P. B., Spazzafumo, L., & Balducci, i. L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, 20(1), 5-11.
- Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.
- Vos, P., Visser, A., Garssen, B., Duivenvoorden, H., & de Haes, H. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 212-219.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. m., & Tunmore, R. (1991). Relationships between emotional control adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.

Capítulo II

Dos indicadores clinicamente úteis até ao conjunto dos itens do instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama

Não há pergunta mais tola ou generalizada do que esta: “Ele está melhor?”

Nightingale (1989)

Introdução

Adoecer com cancro acarreta representações afins à doença crónica, mas reveste-se de um enquadramento peculiar que se relaciona com as reações emocionais desencadeadas durante o processo de adaptação à doença, nomeadamente no confronto com o diagnóstico e com os efeitos dos tratamentos. O impacto inicial evoca a finitude da vida, ressaltando questões existenciais que lhe são inerentes.

O diagnóstico constitui um incidente *stressor* muito poderoso, com um impacto profundo na forma como o indivíduo se percebe, bem como no modo como percebe o ambiente social que o rodeia, encontrando-se esta doença no grupo das que ameaçam veemente a integridade física e psicológica do indivíduo (Matos & Pereira, 2002).

A situação de doença, desde o confronto com o diagnóstico ao processo de tratamento, “exige” adaptação, acarretando o desenvolvimento de competências cognitivas, comportamentais e sociais que podem favorecer o modo como a cliente lida com o acontecimento gerador de stress e ter repercussões favoráveis na adaptação (Antoni, 2013).

No caso particular do cancro da mama, viver com o diagnóstico e com as consequências dos tratamentos que lhe estão inerentes, pode determinar a manifestação de um conjunto de desafios psicoemocionais, com repercussões ao longo do tempo. O medo da recorrência e dos exames podem durar muitos anos, mesmo após o diagnóstico inicial (Davis, 2004). A maioria das doentes não imagina que a doença é sistémica, por vezes, a cirurgia não é o único tratamento. A mulher é confrontada com os efeitos mutiladores da cirurgia, os efeitos secundários da quimioterapia, da radioterapia e da hormonoterapia, implicando a passagem por vários processos ao longo do tratamento (Maluf, Mori & Barros, 2005).

A esta problemática acresce o profundo impacto que o cancro da mama induz na sociedade, não só pela elevada incidência e prevalência deste tipo de cancro, mas também pelo elevado simbolismo na feminilidade (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2014).

Reconhecendo que o “cuidar de enfermagem” é o cerne da disciplina e é construído na interação enfermeiro/doente (Basto, 2009; p. 12), e que o enfermeiro tem como desígnio avaliar as respostas humanas que os indivíduos desencadeiam face aos seus problemas de saúde, assistir e acompanhar os processos de transição dos clientes desafia-nos a identificar e monitorizar os padrões de resposta emergentes associados a esta situação de doença (Meleis, 2010). No entanto, para além do reconhecimento dos padrões de resposta desencadeados face a esta transição saúde/doença, importa identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e indicadores desses mesmos resultados que potenciem o “cuidar de enfermagem”, de forma a assegurem a qualidade da assistência de enfermagem.

Sendo fundamental compreender os padrões de resposta que as doentes desenvolvem face à doença - cancro da mama - e que se revelam adaptativos, também se torna essencial perceber quais os indicadores de resultado que são adaptativos, sensíveis aos cuidados de enfermagem e que possam indicar a vivência de uma transição saudável.

Ser portadora de doença oncológica implica confrontar-se com a limitação ou modificação das atividades diárias, ter que se submeter a processos diagnósticos e terapêuticos, viver com dor ou outros sintomas desagradáveis e lidar com um futuro incerto. Adaptar-se à doença significa tanto “combatê-la”, como evitar que a situação não se deteriore ou deteriore o menos possível, em relação à autoimagem, às relações interpessoais, laborais, afetivas e de bem-estar (Villoria, 2002).

O conceito de adaptação pode ser compreendido e analisado como processo ou resultado (Brennan, 2001; Villoria, 2002; Simonet, 2010). Todavia, neste trabalho de investigação centrámo-nos na adaptação direcionada ao resultado, porque nos interessa perceber como distinguir os indivíduos “bem adaptados” à doença e os que “não conseguem adaptar-se”, assim como valorizar o grau de adaptação da pessoa à doença.

Segundo Brennan (2001), um dos critérios para avaliar o grau de adaptação ao cancro encontra-se diretamente relacionado com a presença de sintomas psicológicos, compreendendo as alterações emocionais, reveladas por altos níveis de depressão e ansiedade. Segundo esta perspetiva, a adaptação caracteriza-se pela ausência de emoções

negativas, por outro lado também pode ser avaliada considerando a presença de estados de ânimo positivos, como o grau de satisfação ou bem-estar. Podem, ainda, ser valorizados os sintomas físicos ou psicossomáticos relacionados com a doença, como o grau de funcionalidade do doente, as mudanças que potencialmente se modificarão na autonomia pessoal, afetiva, sexual, laboral, entre outros (Villoria, 2002). Neste sentido, o conceito de qualidade de vida revela-se importante devido ao seu carácter multidimensional, permitindo a avaliação em diferentes perspetivas, desde a biológica, cultural, económica e psicológica, dependendo da perspetiva do estudo (Leal, 2008), mas insuficiente, porque é pouco amplo, para avaliar a adaptação à doença oncológica.

Apesar das diferentes perspetivas possíveis de avaliação de um estado adaptativo do doente oncológico, o foco de interesse da psico-oncologia tem-se centrado no estudo nas diferentes estratégias de *coping* e no desenvolvimento de programas terapêuticos úteis para melhorar a qualidade de vida dos doentes (Fernández & Flores, 2011). Este facto está relacionado com a alta morbidade psicológica associada ao cancro e a existência de evidência de que as estratégias de *coping* adotadas pelos doentes se relacionam com a morbidade, podendo ser determinantes desta e influenciar o prognóstico da doença (Morris & Pettingale, 1979; Watson *et al.*, 1988; Greer, Brennan, 2004).

No entanto, Villoria (2002) salienta que a adaptação ao cancro não se efetiva num único momento, mas decorre em diferentes situações stressantes que ocorrem ao longo do percurso da doença; desde o diagnóstico; à cirurgia e suas sequelas; aos efeitos dos tratamentos; aos exames complementares de diagnóstico; a incerteza na cura. Nesta perspetiva, Meleis (2010) também advoga que, apesar de existirem indicadores de transição saudável, estes não devem ser avaliados num único momento, mas devem ser monitorizados ao longo da transição. Deste modo poderemos monitorizar a transição num *continuum*, avaliando o resultado adaptativo, potenciando e promovendo um acompanhamento interventivo mais eficiente.

Podemos inferir que a adaptação à doença oncológica entendida como um resultado, engloba avaliar o estado do indivíduo aplicando diversos “critérios de adaptação”. No entanto, os resultados adaptativos das estratégias de *coping* podem potenciar indicadores de adaptação profícuos, capazes de apontarem terapêuticas e intervenções que induzam a vivência de uma transição saudável.

Apesar da importância atribuída às estratégias de *coping* na adaptação à doença oncológica em geral e, no cancro da mama em particular, também é reconhecido que não existe um instrumento que agrupe todas as características para medir a adaptação a esta situação de doença, dada a sua multidimensionalidade e variáveis inerentes à própria doença. Nesta perspectiva, um bom instrumento deverá abranger as respostas do doente e não as valorizações do clínico, para além de poder ser aplicado em qualquer fase do processo de doença e considerar a adaptação como resultado e não só como um processo (Villoria, 2002).

Focalizados nesta problemática e tendo por base a fase exploratória descrita no capítulo anterior delineamos construir um instrumento que avalie a eficácia das intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da adaptação, em doentes com patologia oncológica mamária, visando monitorizar o resultado da adaptação à doença. A centralização no resultado do processo adaptativo ajudar-nos-á a reconhecer as doentes que estão melhor adaptadas e/ou a compreender qual o “nível de adaptação” (Roy & Andrews, 2001) ao processo de doença.

Os resultados descritos no capítulo anterior foram a base para esta etapa. Partimos para a construção de um instrumento de raiz, focalizado na adaptação das mulheres ao cancro da mama pelo facto, já mencionado anteriormente, de não existir nenhuma escala que avalie o constructo de adaptação direccionada a doentes com cancro, especificamente da mama, e que seja altamente sensível aos cuidados de enfermagem. Existem escalas que avaliam o resultado adaptativo, mas direccionado a constructos, como as estratégias de *coping* ou a qualidade de vida, conceitos adequados, mas pouco orientados, face à perspectiva de enfermagem que nos guia.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo descrever o processo de identificação de um painel de indicadores de resultado/itens, que constituirão o cerne de um instrumento de medida, com a pretensão de avaliar e monitorizar o processo de adaptação, em mulheres com cancro da mama.

Importa referir que apesar de este capítulo também visar concorrer para a validade de conteúdo do “instrumento” de medida, este processo já foi iniciado nas etapas descritas no primeiro capítulo desta tese. Na posse de um conjunto de 110 itens/indicadores,

induzidos das entrevistas com as “doentes”, da literatura, e da opinião dos peritos importava incluir, agora, uma lógica mais alargada, baseada na perspetiva dos profissionais de enfermagem que diariamente cuidam das mulheres com cancro da mama.

Pretendemos que o instrumento desenvolvido possa constituir-se útil à escala clínica e um meio para sustentar a tomada de decisão do “enfermeiro”. Intentámos, também, que meça o impacto dos resultados da adaptação, assinale os aspetos suscetíveis de melhoria, potencie uma intervenção mais eficaz, ainda, tenha repercussão em processos de comparabilidade (Direção Geral da Saúde, 2003).

Metodologia

O método pode ser definido como o “...*caminho para chegar a um fim ou pelo qual se atinge um objetivo.*”, delineando um trajeto que o investigador traça quando está empenhado na produção de conhecimento (Filho, 2006, p. 1). Sendo o método científico decisivo para dar resposta ao problema de investigação e para melhor compreensão do processo de construção do instrumento de medida passámos a recapitular a metodologia utilizada nas cinco etapas percorridas, descritas no capítulo anterior. Foram utilizadas abordagens de índole exploratória, qualitativa e quantitativa, inerentes ao processo de construção de raiz de um instrumento de medida (Almeida & Freire, 2008).

Inicialmente e sendo esta a fase teórica do processo de construção do instrumento e de modo a garantir a definição e a validade de conteúdo necessitamos de “*partir da definição operacional dos constructos para a fixação das operações que os explicitem e, destas, para os itens ou situações que os avaliem na sua forma ou intensidade.*” (Almeida & Freire, 1997, p. 115).

A mensuração de um conceito mais abstrato e multidimensional como a adaptação implica a sua operacionalização. A operacionalização visa explicitar e determinar indicadores empíricos que permitam medir o conceito e que lhe são próximos “*O indicador empírico é a expressão quantificável e mensurável de um conceito abstrato*” (Fortin, 2009, p. 340).

Certificámo-nos de que não existia nenhuma escala que avaliasse a adaptação da mulher ao cancro da mama, focando o resultado da adaptação, fundamentalmente numa perspetiva de enfermagem.

As cinco etapas anteriormente percorridas visaram a identificação dos itens constitutivos do instrumento e, simultaneamente, a sua redução. Neste processo, assegurámos o conteúdo do instrumento, a partir da base conceptual que pretendemos medir, tentando alcançar os diferentes domínios ou dimensões que o integram de modo a assegurar que todas as variáveis e/ou tópicos importantes são englobadas no conteúdo (itens) do instrumento (Pocinho, 2012).

Neste capítulo e focalizados na sexta etapa, munidos de 110 de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, emergentes dos procedimentos das fases anteriores, efetuámos um *survey* nos Institutos de Oncologia Nacionais, no sentido de conseguirmos um consenso de perfil quantitativo e alargado. Submetemos o conjunto dos 110 indicadores de resultado sob a forma de questionário, junto dos enfermeiros a exercerem funções assistenciais com doentes com diagnóstico de cancro da mama, dos referidos Institutos, no sentido de conseguirmos um consenso de perfil quantitativo e alargado. Construámos uma escala de concordância de tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta (de “1” a “5”), entre o “pouco relevante” ao “muito relevante”, sendo pedido aos respondentes para se pronunciarem face a cada um dos indicadores (Anexo VI).

Os questionários, depois das devidas autorizações (Anexo VII), foram aplicados nos Institutos de Oncologia Nacionais durante o ano de 2012, tendo sido estabelecido, entre a entrega e a recolha, o período de um mês. Como critérios de inclusão na amostra, estabelecemos que os questionários apenas seriam submetidos a enfermeiros que exercessem funções há mais de seis meses, desenvolvessem a atividade profissional em serviços vocacionados para o atendimento a mulheres com patologia oncológica da mama e que aceitassem participar no estudo.

A população ilegível para esta fase do estudo correspondia a cerca de 430 enfermeiros. A amostra foi, do tipo não probabilístico, designadamente de conveniência. Tínhamos a intenção que todos os enfermeiros que cumprissem os critérios de inclusão respondessem ao questionário. Todavia, “apenas” 235 devolveram o instrumento preenchido. As características sociodemográficas e clínicas são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Caracterização dos enfermeiros

		n (235)*	%	M	DP
Sexo	Masculino	30	12,8		
	Feminino	201	85,5		
Idade				33,5	7,9
Experiência profissional (anos)				10,2	7,1
Categoria profissional	Enfermeiro	138	58,7		
	Enfermeiro Graduado	68	28,9		
	Enfermeiro Especialista	21	8,9		
	Enfermeiro Chefe	7	3		
Instituição	Coimbra	30			
	Lisboa	44			
	Porto	156			
Serviços	Medicina	33	14,0		
	Cirurgia	89	37,9		
	Ambulatório	56	23,8		
	Outros	51	21,7		

*Existem valores omissos “missing values” em todas as variáveis

No IPO de Coimbra foram entregues 47 questionários, em Lisboa 119 e no Porto 263, o retorno foi respetivamente de 63,8%, 36,9% e 59,3%.

Alicerçando-nos nas respostas obtidas, avançamos para a definição de consensos. O estabelecimento dos critérios de consenso alinha com as opções de estudos anteriores que utilizaram esta metodologia (Goossen, 2000; Sousa, 2006; Pereira, 2009), tendo sido definido o valor das frequências acumuladas, do *score* “4” e “5”, igual ou superior a 75%. Não se considerou os valores da média e da mediana dado que os valores de ambas foram sempre superiores a “4”. Da aplicação dos critérios de consenso resultaram 26 indicadores de resultado (Anexo VIII).

Posteriormente, olhámos para os 26 indicadores emergentes e consensuais e partimos para uma análise crítica da sua representação em relação ao conteúdo teórico de cada indicador, tendo essencialmente como fundamento o construto em estudo. Após a reflexão, considerámos que ainda existiam alguns territórios teóricos deficitários, o que nos levou a acrescentar indicadores. Assim, sob o ponto de vista teórico foram acrescentados mais nove indicadores aos 26 emergentes. Designadamente adicionámos os seguintes: “tenho fé (ex. Deus, algo poderoso, destino, etc.)”, “utilizo estratégias que me ajudam a lidar com a doença”, “tenho dormido bem”, “descrevo, de forma positiva, a parte do corpo afetada pela doença (mama)”, “consigo comunicar facilmente os meus sentimentos”, “procuro informação sobre a minha doença”, “sinto que a doença não diminui o meu valor como pessoa”, “sinto-me satisfeita na expressão da minha intimidade

Capítulo II

Dos indicadores clinicamente úteis até ao conjunto dos itens do instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama

e sexualidade”, “sinto força interior para ultrapassar esta situação de doença”. O *draft* do instrumento em desenvolvimento passou, assim, a integrar 35 itens.

Através da leitura crítica efetuada percebemos que o enunciado descritivo de cada um dos indicadores deveria ser adequado em relação à semântica e à sintaxe. Neste sentido, submetemos os indicadores à análise crítica de três dos investigadores, tentando adequar a sintaxe de cada um, com o objetivo de tornar mais claro o seu significado.

No quadro 1, apresentamos a correspondência entre os indicadores de resultados descritos na NOC; a adequação linguística efetuada, que constituem os itens do instrumento; e os correspondentes domínios mais abrangentes da NOC. Também enumerámos os nove indicadores de resultado que acrescentamos por critério teórico (Almeida & Freire, 2008; Pocinho, 2012).

Quadro 1. Correspondência entre os indicadores de resultado (nível “4”) / Itens do instrumento / Domínios NOC (nível “3”).

Indicadores de resultado (nível 4) – NOC	Adequação linguística dos indicadores de resultado	Domínios NOC (nível 3)
Expressa sentimento de que a vida vale a pena	1. “Sinto que a vida vale a pena”	Aceitação: Estado de saúde (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde)
Desempenha as tarefas do autocuidado	2. “Mantenho as minhas rotinas de arranjo pessoal”	Aceitação: Estado de saúde
Toma decisões relacionadas com a sua saúde	3. “Sou capaz de tomar decisões relacionadas com a minha doença (ex.: tratamentos, cirurgia, etc.)”	Aceitação: Estado de saúde
Mantém relacionamentos	4. “Mantenho os relacionamentos anteriores (ex.: com amigos e familiares, etc.)”	Aceitação: Estado de saúde
Adapta-se às limitações funcionais	5. “Estou adaptada às limitações físicas decorrentes da doença (ex. mobilidade)”	Adaptação à deficiência física (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde)
Procura ajuda profissional conforme necessário	6. “Procuro ajuda dos profissionais de saúde quando sinto necessidade”	Adaptação à deficiência física
Verbaliza otimismo sobre o futuro	7. “Estou otimista face ao futuro”	Adaptação psicossocial: Mudança de Vida (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde)
Verbaliza otimismo sobre o presente	8. “Estou otimista face à doença”	Adaptação psicossocial: Mudança de Vida
Sente-se apoiado com a visita da família	9. “Sinto-me apoiada pela minha família”	Ambiente Familiar Social (Apoio ambiental caracterizado pelo relacionamento e pelos objetivos dos membros da família)
Resolve problemas em conjunto com os membros da família	10. “Resolvo os problemas que têm surgido (com a doença) em conjunto com a minha família”	Ambiente Familiar Social
Sente-se apoiado com a visita de amigos	11. “Sinto-me apoiada pelos meus amigos”	Ambiente Familiar Social
Perceciona como positiva a assistência emocional de outras pessoas	12. “É importante saber que posso contar com o apoio emocional de outras pessoas”	Apoio Social (Disponibilidade percebida e real provisão de assistência confiável por parte de outras pessoas)
Comunica adequadamente as suas necessidades	13. “Consigno comunicar facilmente as minhas necessidades (ex.: físicas, emocionais, etc.)”	Autocontrolo da Agressividade (Autocontenção de comportamento agressivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros)
Segue o plano de tratamento	14. “Sigo, sem desvios, o plano de tratamento que me foi proposto”	Autocontrolo da depressão (Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos de vida)

Cumpra os compromissos com o profissional de saúde	15. “Cumpro os compromissos e acordos que estabeleço com os profissionais de saúde (consultas, exames, etc.)”	Autocontrolo da doença (Ações pessoais para controlar a doença e prevenir o seu progresso)
Perceciona o apoio das pessoas significativas	16. “Sinto que tenho o apoio necessário das pessoas que me são significativas”	Crenças de saúde: Perceção quanto aos recursos (Convicção pessoal de que o indivíduo possui os meios adequados para desempenhar um comportamento de saúde)
Desempenha o seu papel de pai/mãe de acordo com as suas expectativas	17. “Desempenho os meus papéis (anteriores) na família, de acordo com o que é esperado”	Desempenho de papel (Congruência entre o comportamento de um indivíduo no desempenho do seu papel e as expectativas em relação a este)
Desempenha as atividades de vida diária	18. “Continuo a fazer as minhas tarefas do dia-a-dia (ex.: ir às compras, cuidar da casa, preparar refeições, cuidar das crianças, etc.)”	Bem-estar pessoal (A satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde e circunstâncias de vida)
Demonstra prazer de viver	19. “Tenho vontade de viver”	Esperança (Otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida)
Expressa expectativa de um futuro positivo	20. “Tenho esperança num futuro positivo”	Esperança
Expressa sentido para a vida	21. “Sinto que a minha vida tem sentido”	Esperança
Expressa vontade de viver	22. “Sinto prazer em viver”	Esperança
Expressa razões para viver	23. “Sinto que tenho razões para viver (ex.: sentir que a doença tem um sentido, ver um filho crescer, etc.)”	Esperança
Expressa acreditar em si mesmo	24. “Acredito em mim e sinto que vou ultrapassar a doença”	Esperança
Descreve desejo de usar estratégias para melhorar a aparência	25. “Uso estratégias para melhorar a minha aparência e imagem (ex.: cuidado da minha imagem, pinto-me, vou ao cabeleireiro, coloco turbante, etc.)”	Imagem Corporal (Perceção da própria aparência e das funções do organismo)
Expressa acreditar na sua capacidade para desempenhar ações	26. “Acredito na minha capacidade para continuar ativa e desempenhar as minhas funções	Motivação (Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva)
Expressa fé	1. “Tenho fé (ex.: Deus, algo poderoso, destino, etc.) ”	Esperança
Usa estratégias eficazes de enfrentamento	2. “Utilizo estratégias que me ajudam a lidar com a doença”	Enfrentamento (Ações pessoais para controlar stressores que consomem os recursos individuais)
Verbaliza manter o sono adequado	3. “Tenho dormido bem”	Autocontrolo ansiedade (Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrentes de fonte não identificável)
Descrição da parte do corpo afetada	4. “Descrevo, de forma positiva, a parte do corpo afetada pela doença (mama) ”	Imagem Corporal (Perceção da própria aparência e das funções do organismo)
Comunica adequadamente os seus sentimentos	5. “Consigo comunicar facilmente os meus sentimentos”	Autocontrolo da Agressividade (Autocontenção de comportamento agressivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros)
Procura informação sobre a sua saúde	6. “Procuro informação sobre a minha doença”	Aceitação: Estado de saúde (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde)
Aceita as próprias limitações	7. “Sinto que a doença não diminui o meu valor como pessoa”	Autoestima (Julgamento sobre o próprio valor)
	8. “Sinto-me satisfeita na expressão da minha intimidade e sexualidade”	
	9. “Sinto força interior para ultrapassar esta situação de doença”	

Resultados

O resultado deste consenso em larga escala culminou com a identificação/definição de um conjunto de 35 itens, que permitem avaliar e monitorizar a adaptação da mulher face

à situação de doença oncológica da mama. O instrumento esboçado foi intitulado “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”.

A estrutura organizacional da NOC permitiu-nos inferir os domínios mais abrangentes e os itens que compõe a escala. Os mais abrangentes são denominados resultados e enquadram o nível “3” da classificação – NOC – e os indicadores de resultado mais específicos correspondem ao nível “4” da codificação da NOC. Os de nível mais específico são os itens constituintes do instrumento e os de maior abrangência, e que lhes dão origem.

Julgámos que o instrumento de medida desenvolvido poderá ser um contributo com utilidade clínica, possibilitando que o enfermeiro monitorize o resultado da adaptação da cliente ao processo de doença oncológica da mama. Não se pretende que constitua apenas um instrumento avaliar metas, mas possibilite alcançar resultados ao longo de um contínuo e que reflitam o estado da doente (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010). Neste sentido, também pretendemos que o instrumento seja aplicado no modo de formulário, ao longo de um contínuo do processo terapêutico, permitindo que o enfermeiro descodifique, analise e percecione a resposta adaptativa da doente face a cada indicador de resultado, permitindo a sua categorização, potenciando a enunciação do diagnóstico e delineamento de uma intervenção profícua. O facto de o utilizarmos como formulário, ainda possibilitará o esclarecimento de eventuais dúvidas e poderá proporcionar a intensificação da relação estabelecida entre o enfermeiro e a doente, intensificando o “cuidar de enfermagem” (Basto, 2009).

Discussão

O projeto de desenvolvimento deste instrumento de medida resulta de inquietações da prática clínica, particularmente da dificuldade sentida em dar visibilidade aos resultados das terapêuticas que os enfermeiros implementam na interação com o doente, nomeadamente com o doente oncológico. Outra razão também está diretamente relacionada com a inexistência de um instrumento que avalie a adaptação direcionada ao doente oncológico, nomeadamente em mulheres com cancro da mama. Verificou-se a existência de vários instrumentos, desenvolvidos nomeadamente no âmbito da psicologia, mas dirigidos a variáveis que focalizam áreas que confluem na adaptação, mas não

avaliam a globalidade das partes constituintes do conceito e o resultado do processo adaptativo, na perspetiva significativa para a enfermagem.

Partimos para a construção de raiz de um instrumento que nos permita indicar caminhos no âmbito da adaptação à patologia oncológica da mama, capaz de avaliar o resultado da resposta da doente à situação de transição em curso, sustente a tomada de decisão dos enfermeiros e potencie uma intervenção mais eficaz. Ao longo do percurso desenvolvido estivemos centrados na definição do conteúdo do instrumento, garantindo a validade do mesmo.

O conceito de adaptação serviu de cobertura a todo o processo de definição dos itens do instrumento, numa lógica de enunciados de indicadores de resultado, potencialmente sensíveis aos cuidados de enfermagem. As diferentes etapas de construção ajudaram-nos a definir as partes constituintes do conceito, porque *“um conceito é definido pelos operantes que se ligam ao seu uso.”* (Serra, 2000, p.280). Para melhor compreender o conceito também nos alicerçamos numa matriz teórica de enfermagem que explicita o conceito, a teoria de adaptação de Roy, mas nunca descurando os saberes das outras disciplinas, contribuindo para uma melhor elucidação do mesmo, particularmente nas suas relativas à doença oncológica da mama. Apoiámo-nos, ainda, na estrutura conceptual e empírica da NOC. A opção por esta classificação de enfermagem relacionou-se com a forma esta tem vindo a ser desenvolvida e testada ao longo de quase duas décadas. Essencialmente porque tem sido alicerçada em trabalhos de investigação, com validação empírica, salvaguardando sempre a identificação de indicadores de resultado específicos e que são influenciados pela prática da enfermagem. Esta classificação também inclui a particularidade de assegurar a mensuração de alterações que possam ocorrer a longo prazo, decorrentes de uma doença crónica, como o cancro da mama, ou apenas a efetividade da assistência prestada após um episódio de curto prazo. Cumulativamente, inclui indicadores de resultado que podem identificar-se num período inicial de confronto com a doença, englobam as características intrínsecas ao doente, não descurando as suas perceções pessoais, permitindo que o enfermeiro ajude o doente a aceitar um resultado realista face à situação clínica experienciada (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010).

Assim, ao longo do processo de definição dos itens fomos definindo e dando corpo ao conteúdo do instrumento e, concomitantemente, garantindo a sua validade. Conforme já

mencionamos, o facto de nos termos ancorado em classificações de enfermagem, nomeadamente na NOC, também teve como objetivo garantir a validade de conteúdo e relevância clínica. Na sua origem, as classificações de enfermagem são construídas e alicerçadas em revisões da literatura, na exploração da informação que está disponível nas bases de dados da saúde, em *surveys* realizados em larga escala e em trabalho de grupos de peritos (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010; Bulechek, Butcher & Dochterman, 2010). Este facto fortifica o trabalho de conceção do instrumento desenvolvido e alinha com os princípios orientadores e preconizados na construção de instrumentos de medida, nomeadamente em termos dos procedimentos que devem ser percorridos durante o processo de desenvolvimento de um instrumento de medida (Almeida & Freire, 2008; Fortin, 2009; Ribeiro, 2010).

O instrumento desenvolvido refere-se a dezoito áreas de resultados da NOC, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este facto parece-nos desde já, apontar para o carácter multidimensional do constructo a ser avaliado. Estas 18 áreas são especificadas e operacionalizadas através de 35 itens que correspondem aos indicadores de resultado. Estes últimos constituíram o amago do formulário e facilitarão a identificação de como as doentes se estão a adaptar e quais as áreas que necessitarão de intervenção.

O modelo de Roy vê a pessoa como um sistema adaptável, definindo estímulos que formam o meio ambiente da pessoa, designando: “*os estímulos focais*”, associados ao acontecimento ou causas indutoras da situação; “*os estímulos contextuais*”, que podem ter origem interna ou externa e que podem influenciar a situação problema; e os “*estímulos residuais*”, relacionados com variáveis desconhecidas, mas que podem afetar a situação. São os estímulos que potenciam o nível de adaptação, salientando a autora que o processo de controlo tem origem interna, designando os mecanismos de resistência regulador e cognitivo. Associa ao mecanismo de resistência regulador as respostas fisiológicas inatas ou adquiridas e ao sistema cognitivo agrega as funções cerebrais superiores de processamento de informação e emoção. Ambos os mecanismos atuam para manter a adaptação e o que é observado é o comportamento através de quatro “*modos adaptativos*”, designadamente: “*fisiológico*”, “*autoconceito*”, “*função do papel*” e “*interdependência*”. Segundo este modelo, a meta da enfermagem é promoção da adaptação em cada um dos modos adaptativos. A abrangência do modelo contribui para explicar a realidade do doente e acrescenta especificidade no delineamento das intervenções de enfermagem (Roy & Andrews, 2001, p. 29-30).

Se relacionarmos os modos adaptativos preconizados no Modelo de Adaptação de Roy (2001) e as 18 áreas emergentes no instrumento desenvolvido, constatámos que os resultados emergentes estão incluídas nos quatro domínios de adaptação da teoria de Roy.

Os resultados refletidos nos domínios emergentes da escala, segundo a estrutura da NOC (resultados), consubstanciam que o conceito de adaptação à doença oncológica da mama apresenta características intrínsecas a um constructo pluridimensional. Neste pressuposto, Villoria (2002) alerta para o facto de não existir um instrumento que reúna todos os requisitos necessários para medir a adaptação ao cancro. Refere que existem instrumentos que focam a qualidade de vida e as estratégias de *coping*, mas não medem especificamente a adaptação a esta situação de doença, dado o seu carácter abrangente e multidimensional. Salienta, ainda, que um bom instrumento deve contemplar as respostas do doente e não as valorizações do clínico; para além de poder ser aplicado em qualquer fase do processo de doença, considerando a adaptação como resultado e não como um processo. Moreira e Canavarro (2011) também alertam para a dificuldade inerente à definição conceptual da adaptação, referindo que o conceito se associa aos estados emocionais e qualidade de vida, ressaltando que para uma melhor compreensão da adaptação ao cancro da mama, devem ser consideradas outras áreas da vida que poderão ser influenciadas pela doença.

Na disciplina de enfermagem, Meleis (2010) considera que deve ser potenciada a identificação de resultados de transições saudáveis, que permitam a sua mensuração e promovam o desenvolvimento da investigação clínica, possibilitando a avaliação das intervenções de enfermagem. No contexto de uma transição saudável, os indicadores de resultado podem conduzir a uma melhoria da prática de enfermagem, favorecendo o desenvolvimento de terapêuticas eficazes. No entanto, a autora salvaguarda que os “resultados” podem ocorrer ao longo do processo de transição, não ocorrendo apenas no final desta. Por este facto, considera favorável mensurar os resultados de uma transição saudável ao longo de todo o processo. O desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem não passa só pela explicação da transição em si, mas pela diferença que os enfermeiros podem fazer ao ajudar as pessoas a alcançar a vivência de uma transição saudável.

No contexto da doença oncológica, avaliar os resultados em termos de adaptação à transição pode ser útil e vantajoso. O cancro da mama insere-se no contexto da doença

crónica, o que pressupõe um prolongamento no tempo, acrescentando as diferentes fases pelas quais as doentes passam, desde o diagnóstico, aos tratamentos que, na maioria das vezes, são agressivos, estigmatizantes e com grande impacto nas suas vidas e das suas famílias. A monitorização da transição, através do acompanhamento das doentes, com o recurso a indicadores de resultado da adaptação, capazes de serem o suficientemente específicos e discriminativos, que permitam evidenciar a individualidade das doentes e terem amplitude para assegurar a sensibilidade e especificidade da disciplina da enfermagem, parece-nos ser o caminho ideal a percorrer. Dentro destas premissas, a especificidade dos itens/indicadores definidos permitirá também influenciar o delineamento de terapêuticas de enfermagem eficazes, com repercussões na melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

Conclusão

Adaptar-se implica uma interação entre o homem e o mundo, revelando a adequação a um determinado contexto. A doença oncológica constitui um contexto aversivo, stressor, ao qual a pessoa reage na tentativa de reparar a relação perturbada entre si e o meio, desencadeando um processo de adaptação. O cliente é impelido a desenvolver estratégias que lhe permitam ajustar-se à nova situação, tentando alterar a situação ou diminuir as emoções desagradáveis que são originadas.

Um novo referencial de vida emerge com a situação de doença, sendo múltiplas as variáveis intervenientes e que interferem no processo de adaptação. Sabemos que, segundo Darwin, o ser vivo melhor adaptado tem maiores probabilidades de sobrevivência do que o menos adaptado. Podemos, então, inferir que a adaptação do indivíduo será tanto maior quanto maior for a rentabilização dos recursos e das competências desenvolvidas para os rentabilizar, possibilitando o aumento da eficiência face ao estado anterior (Branco, 2010). Esta leitura alinha com a conceção de cuidados de enfermagem tendo como referencial a teoria das transições (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

Sendo objeto dos cuidados de enfermagem o bem-estar do cliente (Basto, 2009) e tomando como foco os “...padrões das respostas humanas...” (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 223), a melhor compreensão da doente no seu referencial espaço temporal, potenciará a identificação de resultados de bem-estar, sensíveis aos cuidados de

enfermagem. Na posse destes resultados, os enfermeiros poderão monitorizar, assistir e acompanhar as mulheres com cancro da mama, delinear terapêuticas sistematizadas, contudo adequadas à individualidade de cada pessoa, contribuindo para a sua adaptação e prevenindo resultados indesejáveis.

Na disciplina de enfermagem têm sido realçados os processos de transição, mas torna-se evidente a necessidade de identificar os indicadores de uma transição saudável, como meio de potenciar a investigação sobre o processo da transição e avaliar as intervenções clínicas (Schumaker & Meleis, 2010). Nesta perspetiva o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) preconiza que a investigação em enfermagem deve contemplar a compreensão das estruturas que afetam a capacidade dos indivíduos, visando minimizar os efeitos danosos da doença, mas “*também deve ser dirigida aos resultados das intervenções de enfermagem, de forma a assegurar a qualidade e a relação custo benefício do cuidar em enfermagem*” (ICN, 2007, p. 2).

Referências Bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (1ª ed.). Braga: Lusografe.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5 ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Antoni, M. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30(Suppl) S88-S98.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem.*, 13(2), 11-18.
- Branco, R. (2010). Adaptation: A multi-dimensional concept? In Instituto Internacional Casa de Mateus (org.), *Adaptação - Adaptation* (pp. 98-103). Vila Real: IICM.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.
- Brennan, J. (2004). *Cancer in Context A practical Guide to supportive care*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem* (5 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Davis, C. (2004). Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer: How can Social Workers Make a Difference? *Health Soc Work*, 29(4), 330-4.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). *Saúde na Comunidade Guia Orientador para Elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fernández, C., & Flores, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207
- Filho, A. (2006). *Teoria Sobre o Método Científico.*, Acesso em: 6 dez. 2013. Obtido de Disponível em: <http://www.ecientificocultural.com/ECC2/artigos/metcien2.htm>.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Capítulo II

Dos indicadores clinicamente úteis até ao conjunto dos itens do instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama

- Goossen, W. (2000). *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet*, 314(8146), 785 - 787.
- ICN. (2007). *International Council of Nurses - Position Statement on Nursing Research*. Genebra: ICN.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2014). *O Cancro da Mama*. Obtido em 2 de Setembro, 2014, em: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=14>
- Maluf, M., Mori, L., & Barros, A. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (2), 149 - 154.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. . In M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e sua família*. (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Moreira, H., & Canavarro, M. (2009). Qualidade de Vida e perturbação Emocional no Cancro da Mama. Um Estudo Longitudinal sobre a Qualidade de Vida e Perturbação Emocional Durante o Percurso do Cancro da Mama. *Saúde Mental*, XI(6), 11- 24.
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício profissional dos enfermeiros* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico* (1º ed.). Lisboa: Lidel.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Schumaker, K., & Meleis, A. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. Meleis, *Transitions Theory* (pp. 38-51). New York: Spring Publishing Company.
- Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279-308.
- Simonet, G. (2010). The concept of adaptation: interdisciplinary scope and involvement in climate change. *S.A.P.I.E.N.S.*, 3(1), 1-9.
- Sousa, P. (2006). *Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau .
- Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.
- Watson, M., Greer, S., Yuong, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson. (1988). Development of a questionnaire of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203 - 209.

Capítulo III

Estudo de validação do instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama

Para compreender determinado fenómeno, um cientista tem de começar por descrevê-lo, e, para o descrever objetivamente tem, em primeiro lugar, de o medir.

Mukherjee (2012)

Introdução

O cancro da mama é um problema e preocupação particularmente para as mulheres, apresentando consequências nefastas em diferentes domínios da vida, com implicações em relação ao afeto e ao humor, à imagem corporal e ao funcionamento sexual. Estes efeitos nocivos podem ser mais ou menos acentuados, dependendo das variáveis que se interligam ao processo de doença, desde variáveis culturais, biológicas, religiosas, socioeconómicas, cognitivas, de personalidade, comportamentais e interpessoais (Keitel & Kopala, 2000).

Viver com esta doença pressupõe um processo que inclui diferentes fases, desde o pré-diagnóstico, ao diagnóstico, ao tratamento e a fase de recuperação. Considerando que cada uma destas etapas fazem parte de um ciclo denominado “psico-oncológico”, isoladamente estas podem constituir e funcionar como um momento de stresse significativo, indissociáveis das variáveis e domínios referenciados (Keitel & Kopala, 2000; Patrão, Leal & Maroco, 2012).

A doente terá que adquirir novas competências que lhe permitam adaptar-se à situação de doença, por vezes, implicando ajustamentos significativos. O confronto com a doença acarreta que a mulher se submeta ao processo diagnóstico e terapêutico, modifique as atividades diárias, lide com sintomas desagradáveis e com um futuro incerto, que implica adaptação ou, se quisermos, a experiência de transição (Meleis, 2010).

Apesar dos efeitos adversos inerentes ao diagnóstico de uma doença oncológica e ao processo de tratamento, existem doentes que atribuem e tentam sustentar um significado positivo ao que lhes aconteceu, para melhor lidarem com a situação. Por vezes, demonstram uma mudança da atitude perante a vida, focalizam o crescimento pessoal, passam a dar mais valor às “pequenas coisas”, vivem intensamente o presente, sobrestimam os afetos, a atenção disponibilizada pelos outros, o conceito de família e o de amizade (Ferreira, 2006). Fundamentos estes que podem estar relacionados com o

facto de que *“para muitos doentes o cancro deixou de ser uma doença rapidamente fatal, tornando-se numa doença crónica que dura meses ou anos...”* (Pimentel, 2003, p. 17).

O facto da doença oncológica ser denominada crónica, significa que o doente tenha que gerir a sua doença, o que envolve o desenvolvimento de ações que favoreçam o sentimento de controlo pessoal e crença no tratamento, desmistificando atribuições causais erróneas, melhorando a satisfação com o suporte social e a transformação das ameaças em desafios, no sentido de viver a situação – transição - de modo mais eficaz e com melhor qualidade de vida (Santos, 2006).

Reconhecemos que o diagnóstico de uma doença oncológica, especificamente o cancro da mama, é indissociável de variáveis que se relacionam com a individualidade de cada pessoa e do contexto social em que esta está inserida. Constitui um período de grande instabilidade que requer ajuda profissional, de modo a proporcionar a melhor adaptação à nova condição de saúde. Aqui os enfermeiros podem ser uma ajuda significativa.

Neste sentido, e porque *“Para compreender determinado fenómeno, um cientista tem de começar por descrevê-lo, e, para o descrever objetivamente tem, em primeiro lugar, de o medir.”* (Mukherjee, 2012, p. 44), procurámos perceber como é que estas mulheres se adaptam à doença. Depois de descrito o fenómeno, especificamente o resultado da adaptação da mulher ao cancro da mama, mas sobretudo constatando a inexistência de um instrumento que meça este construto, partimos para a construção do instrumento de medida, tendo presente a sua utilidade e relevância clínica, numa lógica ancorada na disciplina/profissão de enfermagem.

Apesar de sabermos que nas ciências empíricas, a medida não constitui uma panaceia para definir o objeto de estudo, resolver os problemas do conhecimento ou o método a utilizar, também considerámos que será pouco vantajoso não utilizar a medida como instrumento de trabalho no conhecimento da realidade (Pasquali, 2004).

O instrumento construído permitir-nos-á “medir” a adaptação das mulheres com cancro da mama, identificar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e detetar as áreas em que as doentes não demonstram a melhor adaptação e que vão implicar intervenção. Relembrámos que, tal como tem sido descritas, as preocupações e necessidades das pessoas que adoecem com cancro, também são imprescindíveis planos de intervenção ajustados à pessoa doente, capazes de produzir melhores resultados adaptativos e terapêuticos (Deep & Leal, 2004). É neste contexto clínico que colocámos a potencial utilidade clínica do instrumento proposto.

A construção do instrumento foi realizada em duas etapas distintas. Na primeira assegurou-se o processo de validade de conteúdo. Este processo foi descrito nos capítulos anteriores. No presente

capítulo, pretendemos dar continuidade ao processo de validação, descrevendo os seguintes procedimentos: validação de constructo, de critério, bem como o estudo da fidelidade e da sensibilidade do instrumento. Partimos para este procedimento cientes de que o trabalho de validação é um processo complexo, dinâmico e praticamente interminável (Primi, Nascimento & Souza, 2009). A validade de um “teste” não se relaciona com a exatidão da medida, mas correlaciona-se, fundamentalmente, com a congruência com o fenómeno que está a ser medido, sendo condição *sine qua non* a demonstração e a testagem empírica do procedimento (Pasquali, 2009). A congruência é evidenciada através do traço latente do conceito em estudo, no caso particular incidindo na adaptação da mulher ao cancro da mama, e na representação comportamental adequada ao constructo em estudo.

Objetivo do estudo

O presente estudo integra-se no desenho de um estudo metodológico e, por isso, tem como objetivo descrever o processo e o resultado da validação de constructo, de critério, a análise da sensibilidade e da fidelidade do “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”. Conforme já referenciámos o processo de validação de conteúdo foi descrito nos capítulos antecedentes.

Destacámos que pretendemos que esta escala constitua um instrumento de medida e que possa servir de indicador do resultado do processo adaptativo, visando a monitorização do mesmo, em mulheres com cancro da mama.

Os itens que compõem o instrumento proposto reportam “dados” – unidades mais elementares de informação – essenciais para a formulação da opinião clínica do enfermeiro, acerca da adaptação da mulher com cancro da mama.

A identificação e integração dos “dados relevantes” para o processo de diagnóstico e avaliação de resultados é hoje um aspeto crucial na especificação, por exemplo, de Sistemas de Informação em Enfermagem (Sousa, 2006; Sousa, 2011).

O instrumento em elaboração não pretende “medir”, por si só. Visa fornecer um referencial e um conjunto de dados/indicadores clínicos relevantes para a prática quotidiana dos enfermeiros. Todavia, ao ser idealizado como uma “escala” permite “posicionar” cada cliente num “ponto ou nível” de adaptação, indicando as áreas ou os domínios que requerem intervenção.

Método

Apesar do objetivo deste estudo visar a descrição do processo de análise da validade de construto, de critério, da fidelidade e sensibilidade do instrumento, relembrámos que o processo de construção e consequente validação de conteúdo da escala foi concretizado ao longo da primeira fase, em seis etapas, respetivamente: revisão da literatura; entrevista exploratórias a mulheres com cancro da mama; seleção de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, nos termos descritos na NOC; leitura crítica das ligações das classificações da NANDA e da NOC; painel de peritos; e um *survey* nos Institutos de Oncologia Nacionais.

O desenvolvimento de um instrumento de medida é sempre concretizado e desenvolvido em duas fases: a construção e a redução de itens; sendo que “...o conteúdo da escala é a primeira etapa e os itens individuais são selecionados tendo em vista medir os atributos que podem explicar o fenómeno...” (Pocinho, 2012, p. 69).

Ao longo da primeira fase procurámos, para além da construção do instrumento, assegurar e garantir a validade de conteúdo do instrumento. Não obstante, também iniciámos o processo de redução dos itens. Iniciou-se com 920 indicadores de resultado e culminou-se com 35 itens, o que constituiu a primeira versão do instrumento. Posteriormente, iniciou-se um novo processo de análise dos itens. Nesta fase podem ser vários os procedimentos exploratórios, tanto qualitativos, como quantitativos, permitindo, ainda, acrescentar, reformular ou retirar itens (Almeida & Freire, 2008).

Os indicadores que integram o instrumento definido e proposto foram descritos com base nos termos da NOC. Considerámos que, sob o ponto de vista lexical e semântico, os indicadores são inteligíveis, particularmente para os peritos que os analisaram e avaliaram. No entanto, examinando novamente os 35 itens, achámos que para a aplicação clínica do instrumento seria necessário submeter os indicadores de resultado a uma nova análise e potencial adequação da redação dos mesmos.

Destacámos, também, o facto de pretendermos que o instrumento, seja aplicado através de administração indireta ou heteroadministração, o que determina que seja o próprio “investigador”/enfermeiro a inquirir e a preencher o questionário, a partir das respostas que são proporcionadas pela doente (Pocinho, 2012). A utilização do questionário sob a forma de formulário facilita o esclarecimento de eventuais dúvidas que possam surgir, permitindo que seja aplicado a todos os segmentos da população, desde pessoas alfabetizadas a pessoas analfabetas (Marconi & Lakatos, 2003).

Não obstante, considerarmos este modo de aplicação favorável, ainda nos pareceu pertinente e necessário adequar melhor os itens sob o ponto de vista linguístico, visando a facilitação da apreensão e compreensão do conteúdo de cada item, tendo em consideração a opinião das respondentes.

Neste sentido, avançamos com a utilização da técnica de “reflexão falada”. Esta técnica permite perceber as facilidades ou dificuldades que os sujeitos encontram quando confrontados com a aplicação da prova (Almeida & Freire, 2008). Aplicámos o questionário a cinco doentes e solicitámos-lhes que se pronunciassem relativamente à forma e ao conteúdo dos itens formulados na tentativa de aprimorar e perceber dificuldades e/ou ambiguidades apresentadas, relativamente ao assunto de cada um dos itens, apreciação das várias alternativas de resposta, recetividade e adesão aos conteúdos ou outra qualquer dificuldade emergente (Almeida & Freire, 2008). Com efeito, não se verificou a necessidade de alterar ou substituir a estrutura ou conteúdo do questionário.

Após este procedimento, iniciou-se a aplicação alargada do formulário. Aplicou-se a uma amostra conveniência de 279 mulheres portadoras de cancro da mama, que se disponibilizaram para o efeito e que reuniam, no momento da colheita de dados, os seguintes critérios de inclusão: a) serem do sexo feminino; b) ter idade igual ou superior a 18 anos; c) portadoras de cancro da mama; d) não terem história prévia de doença oncológica; e) não apresentarem história de doença psiquiátrica.

A recolha dos dados decorreu nos meses de fevereiro a junho de 2012, numa Instituição de Oncologia Nacional, nos seguintes serviços: na Consulta Externa, especificamente na Clínica da Mama, no Hospital de Dia, no Serviço de Radioterapia, no Serviço de Medicina e nos Serviços de Cirurgia. Acedemos às doentes e efetuámos uma pré-seleção das mesmas, com base nos critérios de inclusão estabelecidos, tendo a colaboração das equipas dos serviços referenciados. As participantes foram informadas dos objetivos, tendo sido assegurado o sigilo das informações.

O formulário foi aplicado pelo investigador e não obedecia a um limite de tempo (Anexo IX). No entanto, em média demorou aproximadamente 20 minutos. As doentes responderam individualmente, tendo sido assegurado o “*setting*” adequado, de forma a garantir privacidade e conforto. Estruturalmente, a escala está dividida em duas componentes, designadamente os dados referentes às variáveis sociodemográficas e clínicas, e o instrumento de medida, integrando os 35 itens numa escala de *Likert* de cinco pontos para resposta desde discordo completamente (=1), discordo (=2), não concordo nem discordo (=3), concordo (=4) e concordo completamente (=5). Integra ainda um item com a designação “não aplicável” (=6). Os valores totais situam-se entre 35 e 155, sendo que quanto maior o valor melhor será o resultado adaptativo.

As características sociodemográficas e clínicas da amostra são as seguintes: mulheres com idades compreendidas entre 25 e os 87 anos (M=52,4; DP=11,3); na sua maioria eram casadas ou viviam em união de facto (72,8%), solteiras (10,4%), divorciadas ou separadas (10,4%) e viúvas (6,1%); relativamente ao número de filhos, apenas 44 mulheres não tinham filhos, nas restantes alternou entre um filho e um máximo de 12 (M=2,1; DP=1,3); a escolaridade expressa em anos variou entre 0 e 24

($M=8,8$; $DP=5,2$); encontravam-se em situação de desemprego 10,8% da amostra, em situação de emprego ativo 14%, com baixa clínica 40,9%, reformadas 24%, em situação de trabalho doméstico 7,9% e uma era estudante.

Neste estudo recorreremos, ainda, à Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (*Mini-Mac Scale*), utilizada com o objetivo de estimar a validade de critério do instrumento que nos propusemos validar. O ajustamento mental ao cancro foi definido por Greer, Moorey e Watson (1989) como as respostas cognitivas e comportamentais desencadeadas face ao diagnóstico de cancro, compreendendo a avaliação das implicações e as reações subsequentes, englobando também o que os doentes pensam e fazem para minorar a ameaça. Inicialmente Watson e colaboradores (1988) desenvolveram a Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (MAC), composta por 40 itens e distribuídos por cinco dimensões. A escala foi sendo aplicada e concomitantemente aprimorado o processo de validação. Os autores conseguiram progredir para uma versão uma reduzida, com 29 itens, a *Mini-mac* (Watson et al., 1994). A escala manteve propriedades psicométricas comparáveis à primeira versão, perdurando também, as cinco dimensões da versão inicial, designadamente: Desânimo-fraqueza; Preocupação ansiosa; Espírito de Luta; Evitamento Cognitivo; e Fatalismo. Esta escala foi traduzida em vários línguas e submetida a validação em vários países. Em Portugal, a versão é da autoria de Ribeiro e colaboradores (2003), mantendo a estrutura original da *Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale*. O procedimento de análise dos dados foi efetuado com recurso ao programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) (versão 20).

Resultados

Apresentámos os resultados obtidos, descrevendo a análise dos dados sequencialmente do seguinte modo: validade de constructo, fidelidade, validade de critério e análise da sensibilidade.

Validade do constructo

A validade de constructo foi determinada através de análise fatorial pelo método de análise das componentes principais e da correlação entre as subescalas identificadas (Marôco, 2010)

▪ Análise das componentes principais

A arquitetura embrionária da escala determinou que efetuássemos uma análise fatorial exploratória dos dados, através do método da Análise das Componentes Principais (ACP). Foi estipulada uma saturação do item superior a 0,30 e, segundo o princípio de *Kaiser*, o “*eigenvalue*” superior a um. Obtivemos uma estrutura fatorial composta por onze fatores. Analisando a estrutura de alocação dos itens a cada um dos onze fatores, pareceu-nos pouco adequada ao construto teórico/conceptual em estudo. Consideramos pertinente voltar a efetuar novos procedimentos, com redução progressiva do

número de fatores, utilizando as rotações *varimax* e *oblimin*, procurando obter uma estrutura mais consistente. Julgámos a estrutura de cinco fatores a mais ajustada à estrutura teórica subjacente à construção do instrumento. Tendo por base os itens que se associavam a cada um dos cinco fatores fomos analisá-los conceptualmente, no sentido de encontrar o conceito central subjacente e denominámos o fator. Os cinco fatores foram denominados: “*Otimismo*”, “*Esperança*”, “*Desempenho de papéis*”, “*Comunicação/expressão de sentimentos*” e “*Cumprimento do plano*” (Tabela 4). A denominação dos cinco fatores que integram a escala tiveram por base a análise e adequação teórica da agregação dos indicadores de resultado.

Destaca-se que ao estabelecermos como critério a saturação do item superior a 0,30 e o “*eigenvalue*” superior a um, leva-nos à eliminação de três itens, designadamente: “*Tenho fé (ex. Deus, algo poderoso, destino, etc.)*”, “*Utilizo estratégias que me ajudam a lidar com a doença*” e “*Descrevo, de forma positiva, a parte do corpo afetada pela doença (mama)*”.

A análise de conteúdo dos itens agrupados no fator 1 permitiu-nos descrever a subescala com a designação de “*otimismo*”. Alicerçados no conjunto dos itens que constituem esta subescala e efetuando a análise dos mesmos, pareceu-nos que a agregação destes indicadores da adaptação ao cancro da mama focalizam uma perspetiva de ação positiva, intrínseca à pessoa; evidenciando uma projeção favorável em relação ao futuro.

O segundo fator foi denominado de “*esperança*”. Analisando o conjunto dos itens da subescala apercebemo-nos que existe um caminho a percorrer, com objetivos a alcançar, mantendo a expectativa, a confiança e suporte de que algo de positivo vai acontecer.

O terceiro fator foi denominado “*Desempenho de papéis*”. Através da análise de conteúdo dos itens constatámos a necessidade de manter o papel desempenhado no domínio da individualidade pessoal e o papel associado a um comportamento de socialização.

O quarto fator foi intitulado “*Comunicação/Expressão de sentimentos*”. Os itens aglutinadas neste fator apontam para a necessidade que as pessoas têm de procurar ajuda dos profissionais de saúde, sentirem apoio das pessoas que lhes são significativas e percecionarem a disponibilidade do “outro” para poderem expressar e comunicar as suas necessidades emocionais e somáticas, quando o consideram adequado.

O quinto fator denominou-se “*Cumprimento do plano*”, integrando apenas dois itens. Após a análise dos itens constatámos que ambos englobam ações, que envolvem volição e de adesão ao tratamento, promotoras da adaptação ao processo de doença.

Tabela 4. Análise das Componentes Principais do “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”, variância explicada de cada fator, valores próprios ou específicos (*eigenvalue*) e consistência interna (alfa de *Cronbach*).

SUBESCALAS/ITENS	COMPONENTES/FACTOR (Amostra) N= 280					
	1	2	3	4	5	<i>h</i> ²
1- Otimismo						
Sou capaz de tomar decisões relacionadas com a minha doença (ex.: tratamentos, cirurgia, etc.).	0,486		0,323			0,415
Estou otimista face ao futuro.	0,709					0,647
Estou otimista face à doença.	0,774					0,717
Tenho esperança num futuro positivo.	0,682	0,412				0,518
Acredito em mim e sinto que vou ultrapassar a doença.	0,723					0,602
Acredito na minha capacidade para continuar ativa a desempenhar as minhas funções.	0,488		0,465			0,571
Tenho dormido bem.	0,384		0,328		0,300	0,384
Sinto força interior para ultrapassar esta situação.	0,659	0,405				0,670
Sinto que a doença não diminuiu o meu valor como pessoa.	0,501	0,302				0,411
2-Esperança						
Sinto que a vida vale a pena.		0,741				0,606
Sinto-me apoiada pela minha família.		0,590			0,312	0,489
Sinto que tenho o apoio necessário das pessoas que me são significativas.		0,536	0,406	0,429		0,644
Sinto prazer em viver.	0,522	0,548	0,306			0,663
Sinto que a minha vida tem sentido.	0,516	0,586				0,650
Tenho vontade de viver.	0,420	0,705				0,725
Sinto que tenho razões para viver (ex.: sentir que a doença tem um sentido, ver um filho crescer, etc.).	0,323	0,798				0,783
3- Desempenho de papéis						
Mantenho as minhas rotinas de arranjo pessoal.			0,521			0,439
Estou adaptada às limitações físicas decorrentes da doença (ex. mobilidade).			0,650			0,513
Desempenho os meus papéis (anteriores) na família, de acordo com o que é esperado.			0,706			0,613
Continuo a fazer as minhas tarefas do dia-a-dia (ex.: ir às compras, cuidar da casa, preparar refeições, cuidar das crianças, etc.).			0,783			0,645
Uso estratégias para melhorar a minha aparência e imagem (ex.: cuidado da minha imagem, pinto-me, vou ao cabeleireiro, coloco turbante, etc.).	0,312		0,402		0,363	0,398
Sinto-me satisfeita na expressão da minha intimidade e sexualidade.			0,635			0,547
4 - Comunicação/Expressão de sentimentos						
Procuo ajuda dos profissionais de saúde quando sinto necessidade.				0,449	0,384	0,356
Resolvo os problemas que têm surgido (com a doença) em conjunto com a minha família.		0,411		0,455		0,471
Sinto-me apoiada pelos meus amigos.				0,509	0,337	0,451
É importante saber que posso contar com o apoio emocional de outras pessoas				0,448		0,379
Consigo comunicar facilmente as minhas necessidades (ex.: físicas, emocionais, etc.)	0,327			0,763		0,725
Consigo comunicar facilmente os meus sentimentos	0,408			0,668		0,656
5 - Cumprimento do plano						
Sigo, sem desvios, o plano de tratamento que me foi proposto					0,686	0,474
Cumpro os compromissos e acordos que estabeleço com os profissionais de saúde (consultas, exames, etc.)					0,717	0,583
<i>Eigenvalue</i>	10,02	2,52	2,25	1,86	1,52	
Variância (total=51,98%)	28,64%	7,20 %	6,45 %	5,33%	4,35%	
Alfa de Cronbach (parcelar)	0,87	0,89	0,76	0,69	0,88	

Nota: Rotação ortogonal pelo método *Varimax*; Forçada a 5 fatores; itens com carga fatorial $\geq 0,30$.

▪ Correlação entre subescalas

A análise da correlação bivariada de *Pearson* (r) entre as cinco subescalas (Tabela 5) permite-nos concluir que, na amostra em estudo, todas as escalas se correlacionam de forma positiva, moderada e muito significativa ($p \leq 0,01$), exceto as subescalas “Cumprimento do plano” e “Desempenho de papéis” que apenas se correlacionam de forma significativa ($p \leq 0,05$). As subescalas “Esperança” e “Otimismo” apresentam uma correlação positiva, forte e muito significativa, na medida em que, como referimos atrás, são conceitos que se interligam.

Na globalidade, as subescalas demonstram correlações positivas, estatisticamente significativas, o que parece reforçar que o construto que está a ser “medido” engloba várias dimensões interligadas.

As correlações positivas e significativas permitem-nos dizer que as diferentes dimensões em análise fazem parte de um mesmo construto, neste caso, a adaptação. São moderadas a fortes o que nos permite perceber que cada dimensão mede uma parte distinta do construto em análise, não sendo no entanto sobreponíveis ou redundantes. Este aspeto indica-nos que a adaptação é um conceito multidimensional.

Tabela 5. Correlação entre as subescalas.

r	Esperança	Desempenho papéis	Comunicação / expressão sentimentos	Cumprimento do plano
Otimismo	0,70**	0,60**	0,51**	0,32**
Esperança		0,50**	0,46**	0,37**
Desempenho papéis			0,43**	0,18*
Comunicação/expressão sentimentos				0,30**

Correlação significativa para * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Fidelidade

A fidelidade constitui uma das propriedades métricas que se tem distinguido na avaliação do nível de confiança ou de precisão com que a informação é conseguida (Ribeiro, 2010; Almeida & Freire, 2008). Sendo este conceito expresso por um coeficiente de correlação e que pode ser identificado de diferentes formas, optámos por verificar se os itens se apresentam como um todo homogéneo, determinando a consistência interna através do alfa de *Cronbach*, das diferentes subescalas. E, averiguámos a estabilidade da escala no tempo aplicando o teste-reteste.

O instrumento construído apresenta características multidimensionais, o que determinou a apresentação do alfa de *Cronbach* das diferentes subescalas, verificando-se que o mais baixo coeficiente é de 0,69 e o mais elevado de 0,89, representando 51,98% da variância total (Tabela 4). Estes resultados permitem-nos inferir que o instrumento apresenta uma boa consistência interna, tendo por base os valores de referência em psicometria (Ribeiro, 2010; Almeida & Freire, 2008).

A determinação do alfa de *Cronbach* das cinco subescalas levou-nos à necessidade de remover dois itens, um na subescala “Otimismo” e o outro na subescala “Cumprimento do plano”, porque verificámos que ambos, se retirados, melhoravam o valor do alfa de *Cronbach* das subescalas correspondentes, designadamente: “*Procuro informação sobre a minha doença*” e “*Mantenho os relacionamentos anteriores (ex.: com amigos e familiares, etc.)*”. Ambos os itens, sob ponto de vista da análise teórica e semântica não evidenciavam traços latentes que afetassem o conteúdo teórico das respetivas subescalas e escala global.

O teste-reteste focaliza a estabilidade do teste no tempo, sendo previsível que o resultado da aplicação do teste seja similar, quando aplicado em momentos diferentes. O formulário foi aplicado a 30 respondentes com um intervalo de duas a três semanas. A literatura assinala que o tempo que medeia entre a aplicação do teste e do reteste é importante, tendo em conta que se o intervalo de tempo entre as duas medidas for curto, a pessoa pode memorizar as respostas. Contudo também não poderá ser demasiado longo, facilitando alterações em relação ao desenvolvimento dos sujeitos ou a fatores pessoais e do meio ambiente que podem mudar, especialmente quando se trata de conceitos dinâmicos (Pasquali, 2004; Ribeiro, 2010; Almeida & Freire, 2008). Constatou-se que entre o teste e o reteste apenas se verificou correlação moderada e muito significativa entre o otimismo ($r=0,58$; $p < 0,01$) e uma correlação moderada e muito significativa entre o desempenho de papéis ($r=0,49$; $p < 0,01$), não sendo verificadas correlações significativas entre as outras subescalas.

Validade de critério

A validade de critério de um teste “*consiste no grau de eficácia que tem de predizer um desempenho específico de um sujeito*” (Pasquali, 2009, p. 996), sendo necessário encontrar e comparar com um critério válido, mas independente, do teste que se pretende medir (Pasquali, 2004; Ribeiro, 2010).

Um dos procedimentos inerentes e que antecedente o processo de construção de uma escala envolve a pesquisa da literatura no sentido de indagar a existência de um instrumento que meça o conceito em estudo. Pesquisámos e reconhecemos que não existe nenhum. No entanto, existem escalas que medem dimensões do conceito de adaptação, como por exemplo a “qualidade de vida” e as “estratégias de *coping*”, mas não avaliam a multidimensionalidade inerente a deste conceito. Depreendemos que avaliar a adaptação a uma doença, como a doença oncológica, entendida como um resultado, implica mensurar o estado da pessoa tendo por base a aplicação de diferentes critérios, como por exemplo: os sintomas físicos, os sintomas psicológicos, o grau de bem-estar ou o grau de funcionalidade social (Villoria, 2002).

Como a validade de critério focaliza a correlação entre o instrumento construído e um critério externo (Polit & Beck, 2011), considerámos que seria mais ajustado avaliar a *validade convergente*, utilizando uma escala focalizada nas estratégias de *coping* e direcionada ao doente oncológico. Optámos pela “*Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale*” (*Mini-Mac*) de Watson e colaboradores (1994), no pressuposto de que as estratégias de coping evitamento, espírito de luta e fatalismo são adaptativas (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea, & Chrysochoou, 2006) e as estratégias desânimo fatalismo e preocupação ansiosa são mal adaptativas.

Outra razão por esta escolha relaciona-se com o facto desta escala de *coping* descrever ações, mas para além de descrever as ações desencadeadas face à situação indutora de stresse, também foca o resultado das mesmas (Ribeiro, Ramos & Samico, 2003). No entanto, esta escala focaliza apenas as respostas psicológicas face ao diagnóstico de cancro, não sendo tão abrangente como um instrumento que visa medir um conceito multidimensional como a adaptação das mulheres ao cancro da mama. Esta escala está validada para a população Portuguesa. Foi traduzida e validada por Ribeiro e colaboradores (2003) e mantém a sua estrutura original. Foi solicitada a autorização para a sua utilização.

A validade convergente foi analisada entre as subescalas de ambas as escalas, recorrendo-se ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r).

Analisando as correlações entre as subescalas de ambas as escalas (Tabela 6), averiguámos que a subescala “Espírito de luta” da “*Mini-Mac*” se correlaciona de forma muito significativa ($p < 0,01$) com todas as subescalas do instrumento de medida desenvolvido. Verificando-se uma correlação moderada com as subescalas “Otimismo” ($r = 0,62$) e “Esperança” ($r = 0,60$).

Constatámos que os resultados entre as subescalas consideradas pelos teóricos (Anagnostopoulos, Kolokotroni, Spanea, & Chrysochoou, 2006) como adaptativas, nomeadamente o “espírito de luta” e o “fatalismo”, apresentam correlações positivas, moderadas e muito significativas com a generalidade das subescalas do instrumento em análise. Por outro lado, as subescalas consideradas como não adaptativas, nomeadamente a “preocupação ansiosa” e o “desânimo fraqueza”, apresentaram correlações negativas moderadas e muito significativas também com a generalidade das subescalas. A subescala “evitamento” não apresenta correlações significativas com nenhuma das subescalas, exceto com o cumprimento do plano. Estes resultados vem de encontro ao expectável, uma vez que o instrumento desenvolvido pretende avaliar uma perspetiva positiva sobre a forma de lidar com o cancro da mama.

Tabela 6. Validade convergente entre a “Mini-Mental Adjustment to Cancer Scale” (Mini-Mac) e “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”.

<i>r</i>	Fatalismo	Preocupação ansiosa	Espírito de luta	Evitamento	Desânimo/fraqueza
Otimismo	0,16**	-0,57**	0,62**	-0,02	-0,62**
Esperança	0,29**	-0,36**	0,60**	0,10	-0,62**
Desempenho papéis	0,15	-0,35**	0,43**	0,05	-0,40**
Comunicação /expressão sentimentos	0,14*	-0,31**	0,38**	0,03	0,43**
Cumprimento do plano	0,22*	-0,09	0,33**	0,13*	-0,27**
*p < 0,05 **p < 0,01					

Sensibilidade

Procurámos determinar a sensibilidade da escala, averiguando a capacidade discriminativa do instrumento a potenciais diferenças em relação a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, de acordo com o que a evidência sugere.

No que reporta às variáveis sociodemográficas verificou-se que existem diferenças entre as médias, com significância estatística, relativamente à idade, ao estado civil, à escolaridade e à situação profissional.

Relativamente à variável “idade”, tendo por base a correlação de *Pearson*, encontrámos correlações negativas e significativas entre as médias nas diferentes subescalas e na escala geral. Este resultado indica-nos que à medida que aumenta a idade das participantes, diminui a adaptação na globalidade, assim como nas diferentes subescalas.

Na variável “escolaridade”, também com recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* entre esta variável, a escala global e as diferentes subescalas, verificámos correlações positivas, fracas, mas significativas. Inferimos que, à medida que a escolaridade das participantes aumenta, também aumenta o otimismo, a esperança, o desempenho de papéis, a comunicação/expressão de sentimentos e o cumprimento do plano, sendo também a adaptação global mais positiva. Daqui resulta que clientes com níveis de escolaridade mais baixa serão mais “vulneráveis” (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

De acordo com o teste F (ANOVA), quando comparamos as médias das diferentes subescalas e a escala global em função do “estado civil” das participantes no estudo/amostra, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas, entre os grupos, em todas as subescalas, exceto na subescala “cumprimento do plano” e “desempenho de papel”. O grupo que apresenta as médias mais elevadas (M=4,49) é o das mulheres casadas/união de facto.

No que se reporta à variável “situação profissional”, utilizando também o teste F (ANOVA), verifica-se que existe uma diferença significativa entre os grupos em todas as subescalas e escala global. As médias, correspondendo a uma melhor adaptação, mais elevadas associam-se às participantes que se encontravam em situação de emprego.

Relativamente às “variáveis clínicas” constatou-se que a escala é sensível a diferenças, quando são comparadas as doentes que estão a ser submetidas a tratamentos, no momento da recolha de dados, nomeadamente cirurgia, radioterapia e quimioterapia, com as que não estão a efetuar tratamentos. Analisámos as diferenças entre os grupos utilizando o teste estatístico F da ANOVA. Verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos nas subescalas: “otimismo” ($F=4,94$; $df=5-180$; $p < 0,01$); “desempenho de papel” ($F=2,70$; $df=5-180$; $p < 0,02$); “comunicação/expressão de sentimentos” ($F = 2,90$; $df= 5-180$; $p < 0,01$); “cumprimento do plano” ($F = 8,04$; $df= 5-180$; $p < 0,01$) e escala global ($F= 3,70$; $df= 5-180$; $p < 0,01$), exceto na subescala “esperança”. Os resultados indicam que as mulheres estavam a ser submetidas a tratamento cirúrgico, no momento da recolha de dados (mastectomia radical, mastectomia total e conservadora) apresentavam médias significativamente mais baixas nessas subescalas e na escala geral. Estes resultados apontam para a especial vulnerabilidade das mulheres internadas e quando sujeitas a cirurgia.

Discussão dos resultados

Iniciámos a discussão dos resultados assumindo que o conceito de adaptação é abstrato e subjetivo, mas quando constatámos que não existia nenhuma escala que medisse este conceito associado à problemática da mulher com cancro da mama, potencialmente sensível aos cuidados de enfermagem, estávamos cientes da dificuldade em fazer corresponder os traços latentes do conceito com a representação física ou comportamental do mesmo (Pasquali, 2004).

Não sendo fácil determinar a representatividade de um conceito abstrato e subjetivo, é necessário desenvolver um conjunto de etapas e processos bem fundamentados e estruturados que facilitem a análise dos dados obtidos e que assegurem a validade do instrumento de medida (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2008).

Iniciámos o processo de validação assegurando a validade de conteúdo do instrumento de medida. Este primeiro procedimento foi fundamental e decisivo para o desenvolvimento da estrutura conceptual do instrumento. O conceito de adaptação ao cancro da mama foi operacionalizado através de indicadores alicerçados na NOC. Contudo, reapreciámos o enunciado descrito de cada um dos

indicadores descritos na classificação, porque sentimos necessidade de adequar a estrutura semântica e a sintaxe dos mesmos, visando facilitar a inteligibilidade e a aplicabilidade da escala. Relembrámos e enfatizámos que o suporte nesta classificação de enfermagem visou o reforço da validade de conteúdo do instrumento, nomeadamente porque esta representa de forma estável conceitos amplamente estudados na enfermagem, alicerça-se em revisões da literatura, revisão com grupos focais e questionários aplicados em larga escala numa lógica quantitativa de concordância entre peritos. Neste sentido, julgámos ter valorizado não só a perspectiva psicométrica, mas também a visão clinimétrica (Pocinho, 2012; Ribeiro, 2010). Também nesta perspectiva, julgámos pertinente o facto de termos utilizado a técnica qualitativa de “reflexão falada”, dando possibilidade a que as doentes se pronunciassem em relação aos itens e à estrutura do instrumento.

Ribeiro (2010) partindo do pressuposto que estatisticamente significativo pode não querer dizer o mesmo que clinicamente significativo, salienta que o mais adequado na vertente clínica será a integração da matemática, da intuição, da concordância de especialistas e a opinião dos doentes “... *de modo a produzir indicadores que sejam úteis em contexto de saúde e doenças.*” (p. 100).

Ao longo da descrição também enfatizámos os procedimentos inerentes aos processos de validade de constructo, da fidelidade, da validade de critério e a análise da sensibilidade, em consonância com a finalidade do trabalho. Inferimos que na “globalidade” os resultados obtidos foram bastante satisfatórios, sendo evidente a capacidade discriminatória do instrumento construído, possibilitando identificar diferenças e medir o constructo teórico em análise. As subescalas emergentes permitem medir constructos homogéneos e sensíveis ao conceito central, garantindo que a escala avalia o que se propõe medir.

No que concerne à **validade de constructo**, o processo de análise fatorial foi desenvolvida sob critérios metodológicos e teóricos que nos ajudaram a assegurar a validade da escala (Pasquali, 2004) e a reter o número de fatores que nos possibilitam explicar adequadamente o fenómeno em estudo (Marôco, 2010). Considerámos que as cinco subescalas emergentes mensuram aspetos homogéneos, mas diferentes de um mesmo constructo.

Relativamente à subescala “otimismo” e na perspectiva de Carver e colaboradores (2010) este conceito é uma variável individual que se reflete no curso de expectativas favoráveis, generalizáveis, da pessoa em relação seu futuro. Este conceito é considerado uma característica do indivíduo, tendencialmente estável, que tende a prevalecer mesmo nas circunstâncias mais adversas (Oliveira, 2004). É visto como um atributo tendencialmente cognitivo, embora não advenha exclusivamente da cognição ou do intelecto, pois também engloba uma componente motivacional e emocional (Carver & Scheier,

1990). Constitui um traço de personalidade, em parte explicado pela hereditariedade, e que reflete o modo cognitivo e afetivo sobre o modo como a pessoa aciona a informação relativamente ao seu futuro (Carver & Scheier, 1990; Oliveira, 2004). Acreditando em bons resultados, os otimistas adaptam o comportamento que conjecturam como desejável, sendo mais proactivos. O otimismo tem sido associado a melhores resultados em diferentes áreas da saúde física, melhor bem-estar emocional e ao desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes. Estes padrões de resposta associados às pessoas otimistas constituem modelos de vida a fomentar e a apreender (Carver, Scheier & Segerstrom, 2010).

Em relação à subescala “esperança” destacámos que este conceito tem sido amplamente estudado na psicologia, nomeadamente por Snyder e seus colaboradores (2002). Todavia, na teoria de enfermagem, este conceito foi abordado por Florence Nightingale, no século XIX, no livro “*Notes of Nursing*”, no capítulo intitulado “*Esperanças e conselhos.*”. Nightingale faz-nos refletir sobre o quão inadequado é “dar falsas esperanças”, mas também nos reporta para a necessidade indiscutível de ajudar o doente a diversificar os seus pensamentos, como forma de alcançar percursos que promovam esperança.

Snyder (1995) desenvolve amplamente uma teoria multidimensional da esperança, reunindo três componentes que considera fundamentais: objetivos, iniciativa e caminhos. Define a esperança como o processo de pensamento da pessoa, focando os objetivos a alcançar, indissociável da motivação e, principalmente, dos caminhos para os conseguir. Dois fatores são fundamentais nesta teoria da esperança a iniciativa (*Agency*) e os caminhos (*Pathways*). O pensamento de uma pessoa com esperança reflete a crença de que é possível encontrar caminhos para os objetivos desejados, o que também induz motivação para usar esses caminhos. Nesta perspetiva, e não considerando a esperança uma emoção, também propõem que o conceito assim definido serve para conduzir as emoções e bem-estar das pessoas (Snyder, Kevin & Sigmon, 2002).

Destacámos que o conceito de esperança está próximo de outros constructos, nomeadamente do otimismo. Existem autores que distinguem estes dois conceitos, outros não. No entanto, se não existe total identidade, a investigação demonstra fortes correlações entre estes (Magaletta & Olivier, 1999; Hutz-Midgett *et al.*, 2012). A distinção incide, essencialmente, no facto de ser atribuída à esperança uma dupla dimensionalidade, com foco na iniciativa e nos caminhos a percorrer para atingir os objetivos almejados. O otimismo focaliza o resultado sem atender às estratégias para alcançar o objetivo. Na esperança é importante ter a perceção de conseguir alcançar os resultados com sucesso, mas demonstrando capacidade de conceber novos caminhos em consonância com um resultado particularmente ambicionado, sendo maior a probabilidade de persistir, em caso de bloqueio de um

destes (Rand, 2009). Estes conceitos – otimismo e esperança – remetem-nos para a noção de “iniciativa” e “envolvimento” na transição, enquanto um indicador da experiência (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

Na disciplina de enfermagem encontramos fundamentação que nos ajudou a cimentar a nomeação da subescala “Desempenho de papéis”. A Teoria da Adaptação de Roy focaliza o resultado do processo adaptativo, sendo assumido que só é possível observar o resultado da adaptação através do comportamento do indivíduo (Roy & Andrews, 2001). O resultado é observável através do comportamento. A autora designa quatro modos adaptativos – “Modo fisiológico”, “Modo de autoconceito”, “Modo de função na vida real”, “Modo de interdependência” (p. 29-30), sendo através destes que pode ser observado o nível de adaptação. O modo de adaptação associado à “função na vida real” engloba o comportamento instrumental (sentimentos que demonstra em relação a um papel) e expressivo (desempenho demonstrado no domínio do papel) que nos indica a adaptação social relativa à função na vida real. As experiências de saúde e doença afetam o desempenho do papel e o processo de integração do mesmo. Roy refere que a ação de assunção de um novo papel é designada “papel de transição” (Roy & Andrews, 2001), o qual o enfermeiro deve promover centrando-se na coerência do comportamento do indivíduo e nas expectativas desse novo papel (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010), o que é congruente com o proposto por Meleis e colaboradores (2000).

No que concerne à subescala “Comunicação/expressão de sentimentos”, realçámos que a expressão de emoções, sentimentos ou de estados físicos constitui uma estratégia de *coping*, facilitadora da adaptação (Deep & Leal, 2002; Ferreira, 2006). Salientámos também que são elementares algumas das necessidades dos doentes, tais como: “ser ouvido; ser compreendido; encontrar interesse, disponibilidade e cuidado; sentir que é “sentido”; sentir-se seguro (competência, organização, informação, previsibilidade, responsabilidade); encontrar continente para a sua angústia; e obter resposta às suas diversas expectativas” (Cardoso *et al.*, 2012, p. 7). Estas necessidades devem ter resposta na relação terapêutica estabelecida com o enfermeiro.

Relativamente à subescala “Cumprimento do plano” e após a análise do significado dos itens, parece-nos que englobam o processo de adesão ao tratamento. O conceito de adesão em enfermagem centra-se em ações auto-iniciadas, envolvendo volição, implicando autocuidado. Ressalvámos que não descrevemos adesão com o objetivo de a doente empreender comportamentos concordantes com o regime terapêutico ou recomendações de promoção da saúde, prescritas por um profissional da saúde, mas antes como componente essencial para a eficácia da autogestão do regime terapêutico (Bastos, 2012). Este facto é de primordial importância, principalmente porque o cancro da mama assume características de uma doença crónica. Importa realçar que, para além dos tratamentos de

quimioterapia e de radioterapia, associados a esta patologia, também se agrega a descoberta de novos fármacos, designadamente a hormonoterapia, que tem que ser gerida e autoadministrada pelas doentes. É necessário que as doentes se consciencializem desta tarefa acrescida e prolongada no tempo e que os enfermeiros estejam despertos para a implementação de terapêuticas que contribuam para a gestão eficaz do regime terapêutico destas doentes. Esta é uma dimensão em que as terapêuticas de enfermagem são decisivas.

No que respeita às correlações entre as subescalas estas são positivas e estatisticamente significativas, nomeadamente entre a “*esperança*”, o “*otimismo*” e o “*desempenho de papéis*”, o que parece sustentar o facto de as pessoas pensarem de forma positiva, se sentirem motivadas e procurarem caminhos sustentáveis de esperança, as ajuda a manter o desempenho dos seus papéis na vida diária. Fernandes (2009) salienta que, em mulheres com cancro da mama, o otimismo constitui um preditor de melhor adaptação.

Quanto à **fidelidade** do instrumento, inferimos que existe consistência e congruência entre cada item do teste, com os restantes itens do mesmo, tendo por base os valores de referência em psicometria e utilizando na análise o coeficiente alfa de *Cronbach* (Pasquali, 2004). No que concerne à análise da reprodutibilidade no tempo (teste-reteste) a interpretação do resultado da avaliação deste depende do fenómeno em estudo e os valores da correlação podem ter que ser ponderados caso a caso (Ribeiro, 2010; LoBiondo-Wood & Haber, 2001). Segundo Campbel e Stanley (1973) com a aplicação deste teste podem emergir três tipos de dificuldades: se os testes forem curtos e entrar em jogo a memória de curto prazo; se os testes forem longos, pode ser adicionada uma atitude desfavorável ao preenchimento; e fatores que podem mudar particularmente os do meio ou pessoais (*cit in* Pasquali, 2003). Sendo também difícil de definir o intervalo de tempo ideal entre a aplicação dos testes e difícil controlar os eventos que podem ocorrer durante esse intervalo de tempo (Pasquali, 2004).

De facto ao analisar o resultado das correlações entre o teste e o reteste, deparámo-nos com algumas dificuldades, mas considerámos que são passíveis de interpretação e explanação. O resultado da correlação estatisticamente significativa entre a subescala “*otimismo*” parece-nos congruente e em conformidade com o facto de este conceito integrar propriedades intrínsecas de traço de personalidade (Ribeiro, 2010; Oliveira, 2004), o que pode implicar constância cognitiva. Relativamente às outras subescalas também nos parece existir alguma congruência e serem compreensíveis os resultados, tendo em conta a dinâmica e multidimensionalidade dos conceitos em estudo. Contudo, para contextualizar e explicar os resultados deste teste sentimos necessidade de lembrar, no discurso indireto, uma das doentes que integrou esta etapa. A participante encontrava-se a efetuar tratamento de radioterapia diariamente. Após ter sido abordada, foi lembrado o que previamente tínhamos

solicitado e de imediato referiu que se sentia deprimida e triste, manifestando pouco vontade em prosseguir com os tratamentos. Também referiu que aquele dia não seria o ideal para responder novamente ao formulário, alegando que, face ao seu estado de emocional, as respostas poderiam ser díspares. Também expressou preocupação em não deixar transparecer este estado emocional ao filho, que a acompanhava.

Julgámos que este exemplo e manifestação de estado de ânimo está associado a variáveis pessoais, mas também ao contexto inerente à patologia oncológica, nas diferentes fases que a caracterizam. Salientámos que entre as doentes submetidas ao reteste, dezassete encontravam-se a efetuar hormonoterapia, quatro a ser submetidas a quimioterapia endovenosa, três a radioterapia e as restantes doentes encontravam-se em *follow-up*.

Ressaltámos que são inúmeras as variáveis implicadas nesta doença, envolvendo o domínio cognitivo, emocional e a interação entre ambos (Ribeiro, 2005). A resposta à doença oncológica é multidimensional e varia com muitos e diversos fatores (Pinto, 2009). Particularmente no cancro da mama as estratégias para lidar com a situação são muito dinâmicas e diversificadas (Santos, 2006). Acresce que a doença física ou mental pode desgastar as nossas energias e defesas e interferir na capacidade para lutar nos momentos mais difíceis (Marcos, 2011). A diversidade de variáveis associadas ao meio, à circunstância e às características intrínsecas ao indivíduo podem ajudar-nos a compreender os resultados obtidos no estudo da reprodutibilidade da escala em análise.

A correlação significativa do “*desempenho de papéis*” parece-nos que pode estar relacionada com a estratégia de *coping* denominada “autocontrolo emocional”. Apesar de fragilizados, os doentes esforçam-se por não manifestar as suas emoções, sustentando a autoestima e evitando preocupar os que lhe são significativos (Ferreira, 2006). Não deixando transparecer as suas emoções, esforçam-se por manter o comportamento instrumental e o “*desempenho de papéis*”.

Este modo de lidar com a situação parece-nos indicar adaptação, dado que é evidenciado um comportamento instrumental e expressivo, relativamente ao que é esperado da pessoa relativamente ao funcionamento do papel (Roy & Andrews, 1999).

Por outro lado, a não existência de correlação entre o fator “*comunicação/expressão sentimentos*” também parece estar associada a fatores pessoais, nomeadamente com a adoção da estratégia de *coping* “autocontrolo emocional”. Sentimo-nos melhor quando somos ouvidos e compreendidos. No entanto, não nos podemos esquecer da necessidade de períodos de autonomia ou até mesmo separação (Cardoso *et al.*, 2012).

O facto do fator “*esperança*” não apresentar correlação entre o teste e o reteste também pode estar relacionado com fatores pessoais do domínio emocional. Conforme já referimos, a esperança é definida no dualismo entre a confiança em conquistar algo desejado e o caminho para o alcançar. Quando, na nossa consciência emergem situações de incerteza, sofrimento ou outras variáveis relacionadas com o sentido da vida, poderão ser descentralizados os caminhos de esperança e a espiral do momento vivido ser de desesperança, o que evidencia o dinamismo deste fenómeno, que merece ser monitorizado e acompanhado pelos enfermeiros.

Se nos centrarmos nas diferentes variáveis intrínsecas e extrínsecas à pessoa, contextualizada naquele momento e naquela situação, associando a desesperança, porventura momentânea e o “autocontrolo emocional” vivido, poderão ajudar-nos a justificar a não existência de correlação significativa entre estas subescalas entre o teste e o reteste. Associando todos estes fatores poderão existir momentos em que o doente pense em desistir e não cumprir o plano. Ora, tudo isto evidencia a necessidade de “ir acompanhando” as doentes.

A análise da **sensibilidade** aponta para a existência de diferenças que potenciam a destrição entre os sujeitos quando correlacionámos as variáveis sociodemográficas. A capacidade de adaptação é influenciada pela escolaridade, constatando-se que quando esta aumenta, melhora a adaptação à situação de doença. Este resultado também é evidenciado por outros estudos, nomeadamente em relação à adaptação psicossocial (Keitel & Kopala, 2000; Lima, Lima & Ferraz, 2006; Fernandes, 2009) e à qualidade de vida (Silva, Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011). Este facto pode estar relacionado com a capacidade da mulher desenvolver melhores competências no âmbito do suporte social, procura de ajuda e informação, o que poderá favorecer a utilização de estratégias de *coping* mais ativas, constituindo-se como um fator protetor (Silva; Bettencourt, Moreira & Canavarro, 2011) e influenciar favoravelmente a adaptação. Tais dados sugerem-nos que podem ser as doentes com menos escolaridade as mais vulneráveis e que exigem uma maior intensidade de ajuda profissional.

Relativamente à idade, a correlação indica que à medida que esta aumenta a adaptação diminui. No entanto, a literatura reporta-nos para o inverso, sendo apontada maior vulnerabilidade psicossocial no ajustamento à doença (Keitel & Kopala, 2000; Barraclough, 1999; Fernandes, 2009), ansiedade e depressão mais acentuadas (Stanton *et al.*, 2000) e pior qualidade de vida (Knobf, 2011), nas idades mais jovens. Fernandes (2009) destaca ainda que quanto menor a idade e a escolaridade das mulheres, mais desvantajosos são os resultados em relação às estratégias de *coping* desencadeadas e representação da doença e, conseqüentemente, menor ajustamento psicossocial. Os nossos resultados poderão ser explicados pela natureza específica e concreta dos itens do nosso instrumento, muito orientados por uma perspetiva singular de enfermagem.

Na análise da variável estado civil, as médias mais elevadas situam-se no grupo das mulheres casadas ou que vivem em união de facto, o que sugere melhor adaptação. A literatura aponta para uma adaptação mais adequada se a mulher tiver parceiro, independentemente de viver maritalmente ou não (Sherman *et al.*, 2012); constituindo também um preditor importante no ajustamento a perceção de apoio e o envolvimento emocional do parceiro. Por outro lado, a baixa satisfação com o apoio do parceiro prediz aumento do *distress* na mulher, podendo induzir dificuldades no relacionamento do casal (Scott, Halford & Ward, 2004; Manne, Ostroff, Fox, Grana & Winkel, 2009). Parece-nos que esta variável se relaciona com o suporte social percebido e com a importância que tem vindo a ser demonstrada do seu efeito protetor nas situações de stresse, podendo ser benéfico estimular o suporte adequado às necessidades e singularidades da mulher (Patrão, Leal & Maroco, 2012). As condições externas à cliente, como o apoio de significativos é destacado por Meleis (2010) como um fator facilitador da transição.

A situação de empregabilidade ativa também parece influenciar positivamente a adaptação. Este facto provavelmente ajudará a mulher a sentir-se integrada e valorizada socialmente, percecionando suporte, apresentando satisfação nas atividades sociais e conseguindo melhor qualidade de vida (Patrão, 2007). Segundo Serra (2007) as atividades profissionais também podem funcionar como um meio da pessoa se manter ativa, efetuando tarefas que lhe prendem a atenção, afastando-se do assunto que as preocupa. Manter relacionamentos e desempenho de papéis (ex. profissional) é um excelente indicador do curso da transição (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

Nas variáveis clínicas encontram-se diferenças entre as mulheres que já efetuaram tratamentos e as que estão em fase de tratamento ativo. Verifica-se que o tratamento cirúrgico (mastectomia radical, mastectomia total e conservadora) confere um período de especial vulnerabilidade. Estas diferenças parecem estar relacionadas com a proximidade do diagnóstico e a dificuldade de adaptação inerente a esta etapa. Fernandes (2009) salienta que os momentos em que as mulheres evidenciam maior dificuldade de ajustamento são após o diagnóstico e após a cirurgia, independente do tipo de cirurgia efetuada.

Focando a validade convergente, através da correlação com a escala “*Mini-mac*”, inferimos que existe correlação com a generalidade dos resultados do instrumento desenvolvido. De salientar que as estratégias consideradas, pelos autores, como mais adaptativas, mostraram correlacionar-se de forma positiva com o nosso instrumento, acontecendo o oposto com as subescalas do “*Mini-mac*”, consideradas como estratégias não adaptativas. O objetivo foi avaliarmos se o instrumento media com veracidade o que pretende medir. (Almeida & Freire, 2008; Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2008).

Conclusões

A formalização de qualquer ciência impõe-se na dialética entre o método e o objeto de estudo, visando a produção de conhecimento, sendo o objeto constituído por conceitos que o determinam e abarcam o domínio de investigação (Saraiva, 1978).

Durante este trabalho estivemos centrados no domínio das respostas humanas face à situação de doença oncológica da mama, focalizando o conceito de adaptação e os comportamentos que a concretizam. Procedemos à validação de um instrumento que monitoriza a adaptação a esta situação de doença e é potencialmente sensível aos cuidados de enfermagem, estabelecendo um conjunto de inferências que nos permitem assegurar que a “medida” desenvolvida reflete o conceito em estudo (Pais-Ribeiro, 2013), é operacionalizável e detém traços latentes que são passíveis de representação comportamental (Pasquali, 2009).

Através dos processos de análise efetuados e dos resultados obtidos, concluímos que o instrumento construído apresenta adequabilidade clinimétrica e psicométrica, e mensura o fenómeno em estudo.

Sendo o procedimento de validação complexo, considerámos que o instrumento cuja validação inicial foi realizada neste estudo poderá subsidiar novas investigações, nomeadamente testando o instrumento de medida, potenciando a aplicabilidade clínica, enriquecendo os dados que sustentam o diagnóstico de enfermagem e conseqüentemente o aperfeiçoamento da eficácia de terapêuticas de enfermagem, na adaptação em mulheres com cancro da mama. A progressão neste sentido também contribuirá para aprimorar a fiabilidade do instrumento de medida, dando continuidade ao processo de validação, ainda preambular. Acreditámos ter contribuído para a compreensão e divulgação do conceito de adaptação associado ao cancro da mama, especialmente devido aos indicadores propostos que focam os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5 ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysoschoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79-89.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion A Practical Guide to Psycho-Oncology* (3 ed.). England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde.

- Cardoso, R, [Coord.] (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carver, C., & Scheier, M. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review*, 97, 19-35.
- Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Deep, C., & Leal, I. (2002). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. In *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 335-340).
- Fernandes, S. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro da Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Braga: Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- Ferreira, L. (2006). *Emoções e estratégias de coping face ao diagnóstico de doença oncológica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res.*, 33(3), 373-377.
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica Uma abordagem epidemiológica* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Hutz-Midgett, A., Doumas, D., Dickinson, B., Dondero, A., Johnson, M., & Kimball, J. (2012). Untangling Hope and Optimism: Implications for Counselors. *Ideas and Research You Can Use: VISTAS*, 1, 1-9.
- Keitel, W., & Kopala, M. (2000). *Counseling Women With Breast Cancer. A Guide for Professionals*. United States of America: Sage Publications.
- Knobf, M. (2011). Clinical Update: Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 27(3), e1-e14. USA: Elsevier.
- Lima, E., Lima, A., & Ferraz, A. (2006). Características demográficas e clínicas de adaptação psicossocial entre mulheres com com câncer de mama. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4), 382-386.
- Magaletta, P., & Oliver, J. (1999). The hope construct, will and ways: Their relative relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551.
- Manne, S., Ostroff, J., Fox, K., Grana, G., & Winkel, G. (2009). Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early stage breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 14, 49-68.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5 ed.). São Paulo: Atlas.
- Marcos, L. (2011). *Superar a adversidade o poder da resiliência*. Lisboa: Planeta.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística Com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Mukherjee, S. (2012). *O imperador de todos os males. Uma biografia do cancro* (1 ed.). Lisboa: Bertrand.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva* (1 ed.). Porto: ASA.
- Pais-Ribeiro, J. (2013). Medida na Avaliação Psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 245-263.
- Pasquali, L. (2004). *Psicometria* (2 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria*. Rev Esc Enferm USP, 43, 992-999.
- Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde, Universidade Nova de Lisboa e ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). (I.-I. UIPES – Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, Ed.) *Psychology, Community & health*, 1, 33-55.

- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, M. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico* (1º ed.). Lisboa: Lidel.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Primi, R., Nascimento, R., & Souza, A. (2004). Critérios para avaliação de testes psicológicos. In Conselho Federal de Psicologia (org.), *Avaliação dos testes psicológicos: Relatório* (pp. 20-30). Brasília: CFP.
- Rand, K. (2009). Hope and optimism: latent structures and influences on grade expectancy and academic performance. *J Pers.*, 77(1), 231-260.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra : Quarteto.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis.
- Ribeiro, J., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (mini-MAC), 4 (2) . *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 231-247.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica representação, coping e qualidade de vida* (1 ed.). Coimbra: Formasau.
- Saraiva, A. (1978). *Filosofia*. Lisboa: Platano.
- Scott, J., Halford, W., & Ward, B. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1122–1135.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3 ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Sherman, D., Haber, J., Hoskins, C., Budin, C., Maislin, G., Shukla, S., . . . Roth, A. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-15.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarró, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista portuguesa de saúde pública*, 1(29), 64-76.
- Snyder, C. (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C., Kevin, L., & Sigmon, R. (2002). Hope Theory A Member of the Positive Psychology Family. In *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sousa, P. (2006). *Sistema de Partilha de Informação de Enfermagem entre Contextos de Cuidados de Saúde: um modelo explicativo* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Sousa, P. (2011). Sistemas de Informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros. In M. Robalo, *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal* (pp. 225-242). Lisboa: Edições Sílabo.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., . . . Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-MAC: further development of mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-47.

Capítulo IV

Identificação de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama

...a comunicação com mundo molda a mente, e assim sendo, moldará também o cérebro.

Caldas (2013)

Introdução

Na sociedade contemporânea, o cancro continua a ser uma das patologias mais temidas e assustadoras, apesar de todos os progressos científicos e tecnológicos que têm conduzido a um maior sucesso no tratamento e controlo da doença. Nas doenças humanas, o cancro adquire um contexto singular, inicialmente associado à finitude da vida, induzindo medo, ansiedade e depressão. Associa-se também o medo da recorrência e a incerteza no futuro, constituindo um desafio à normalidade (Cabral, 1993).

No contexto particular do cancro da mama, as questões emocionais estão presentes tanto no diagnóstico como no tratamento, sendo comum emergir ansiedade, medo, raiva, depressão e culpa (Keite & Kopala, 2000; Ferreira, 2006; Knobf, 2007; Fernandes, 2009). Estas reações emotivas podem ser potenciadas, não só porque a doença pode ser potencialmente fatal, mas também porque as mulheres podem ser confrontadas com a possibilidade de perder uma parte do corpo, que está associada à sexualidade, símbolo de feminilidade, procriação e que tem sido glorificada por muitas culturas. A forma como a mulher passa a ver o seu corpo pode afetar os seus relacionamentos íntimos e o seu bem-estar, podendo constituir um indicador da sua própria autoestima (Keite & Kopala, 2000; Oliveira, 2004).

Perante o diagnóstico e o tratamento do cancro da mama, muitas doentes experimentam reações psicológicas adversas, especialmente ansiedade e transtornos depressivos, podendo ambos induzir morbidade psiquiátrica. Embora estes distúrbios psicológicos sejam comuns neste tipo de cancro e tendencialmente piores ao longo do curso da doença, bem como com os resultados dos tratamentos, a sua compreensão pode favorecer um melhor planeamento de intervenções em saúde, potenciando o sucesso do tratamento (Lueboonthavantchai, 2007).

Acresce a toda esta problemática a elevada incidência e prevalência de cancro da mama. Consta-se um forte aumento de cancro da mama em todo o mundo, verificando-se em 2012, 1,7 milhões de

mulheres com o diagnóstico deste tipo de cancro e uma sobrevida 6,3 milhões aos cinco anos (World Health Organization, 2013).

Constata-se que nas últimas décadas se registou um aumento da incidência, mas em paralelo também se verificou uma diminuição do número de óbitos por cancro de mama, podendo por isso dizer-se que existem cada vez mais mulheres a adquirirem um estatuto de sobreviventes (American Cancer Society, 2013). A doença oncológica, de um modo geral, e o cancro da mama em especial, deixou de ser uma doença obrigatoriamente fatal, para passar a ser conceptualizada como uma doença crónica (Pimentel, 2006).

Uma doença crónica não sendo definida pela sua aparente ou real gravidade, é habitualmente designada como não tendo cura ou apresentando uma duração muito prolongada, tendo que ser gerida. Nesta perspetiva, a doença oncológica constitui um poderoso agente de stresse, surgindo como um acontecimento não normativo de vida, em que o controlo da doença tem que ser integrado nas atividades de vida diária (Ribeiro, 2005; Bastos, 2012).

Na autogestão da sua doença, o indivíduo fica envolvido num longo processo de adaptação, desde o diagnóstico, ao tratamento e suas consequências, face às múltiplas ameaças e novas experiências. A adaptação ocorre ao longo do tempo, em que o indivíduo vai lidando, aprendendo e acomodando-se às mudanças que foram precipitadas pela alteração das circunstâncias da vida (Brennan, 2001). Este processo corresponde a uma transição em que a enfermagem pode dar um importante contributo (Meleis, 2010).

Recentemente, Antoni (2013) salienta que o benefício da utilização de intervenções psicossociais nos doentes com cancro tem sido evidente, melhorando a resposta ao stresse e favorecendo a adaptação psicológica. Infere que uma melhor adaptação psicológica está associada a uma melhor funcionalidade fisiológica percebida durante e após os tratamentos, podendo aumentar as taxas de sobrevida, sendo crucial aumentar o número de estudos que explanem e demonstrem esses efeitos.

Neste sentido, Oz e colaboradores (2012) também salientam que o delineamento de intervenções específicas, se utilizadas preventivamente, podem facilitar a adaptação à doença e aos tratamentos, prevenindo problemas psicológicos e, muitas vezes, melhorando significativamente o bem-estar emocional (Oz, Dil, Inci & Kamisli, 2012). É assim importante que os doentes aprendam a adaptar-se à doença e desenvolvam formas de lidar com a situação, que lhes propiciem uma melhor qualidade de vida e uma adaptação com sucesso.

Todavia, devemos ter sempre presente que, independente do tipo de intervenção utilizada, dois fatores devem sempre ser tidos em consideração: o estabelecimento de uma relação positiva de confiança entre o doente e o terapeuta e a motivação do paciente (Barracough, 1999).

Nesta linha de pensamento, Serra (2007) salienta que, independentemente do tipo de intervenção utilizada, qualquer estratégia que induza a pessoa a mobilizar os recursos disponíveis, pode auxiliar na gestão do stresse, sendo importante atuar: i) na relação que é estabelecida entre a pessoa e a circunstância, promovendo o controlo da situação, através da melhoria das suas aptidões, estimulando-a a usar os recursos sociais e pessoais; ii) sobre o indivíduo, ensinando-o a perspetivar o acontecimento de outra forma, aprendendo técnicas de relaxamento ou fortalecendo a autoestima; e ainda no ensino de comportamentos que potenciem a resistência individual ao stresse.

Em 1995, Fawzy e colaboradores categorizam quatro intervenções major, nos doentes com cancro: a) técnicas educacionais; b) treino de comportamento; c) psicoterapia individual; d) intervenções em grupo. A intervenção educativa é focalizada na redução da sensação de desespero devido à incerteza e falta de conhecimento, na tentativa de desenvolver mestria e sensação de controlo. O treino de comportamento visa a redução do stresse psicológico e físico, através do recurso a diferentes técnicas: relaxamento muscular, hipnose, meditação, *biofeedback* e imaginação guiada. A psicoterapia individual, uma intervenção muito utilizada e que se fundamenta no apoio, na compaixão e na empatia, visa a diminuição da angústia e perturbação que estão associadas ao diagnóstico de cancro. Constatámos que esta última intervenção descrita não tem sido descrita de forma muito clara, pois os estudos utilizam indiferentemente os termos “*terapia*”, “*psicoterapia*” e “*counselling*”, não os diferenciando. No que concerne às intervenções em grupo, estas integram vários clientes e habitualmente são lideradas por equipas multidisciplinares.

Mais tarde, Fawzy (1999) agrupa as intervenções psicossociais em três vertentes, considerando a educação, o suporte e as competências de *coping*. Estas últimas englobam o treino comportamental, a terapia cognitiva e a gestão do stresse.

A implementação destas intervenções acarreta resultados em relação ao estado afetivo, ao *coping*, à qualidade de vida, conhecimento e adesão, assim como, em relação ao funcionamento físico, recorrência da doença, sobrevivência e potencialmente nos parâmetros imunológicos (Fawzy, 1999; Antoni, 2013).

Fernandes (2009) salienta que nas intervenções dirigidas a doentes com cancro da mama, a maioria das intervenções tendem a ser ecléticas, abordando diferentes técnicas terapêuticas (Fernandes 2009). No entanto, todas as intervenções evidenciam algum benefício, tanto as de natureza educativa, como as de índole psicoterapêutico (McIntyre, Fernandes & Pereira, 2002; Fernandes, 2009).

Na revisão da literatura efetuada e descrita na introdução deste relatório, também se apurou que tendencialmente as intervenções são diversificadas. Todavia, constata-se que se destacam as intervenções educacionais e de suporte. Salienta-se que são escassos os estudos concebidos no âmbito do “*core*” da disciplina de enfermagem e designadamente em Portugal.

Estes factos consubstanciam e determinaram a implementação da trajetória da investigação delineada, focalizada na identificação de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da mulher ao cancro da mama.

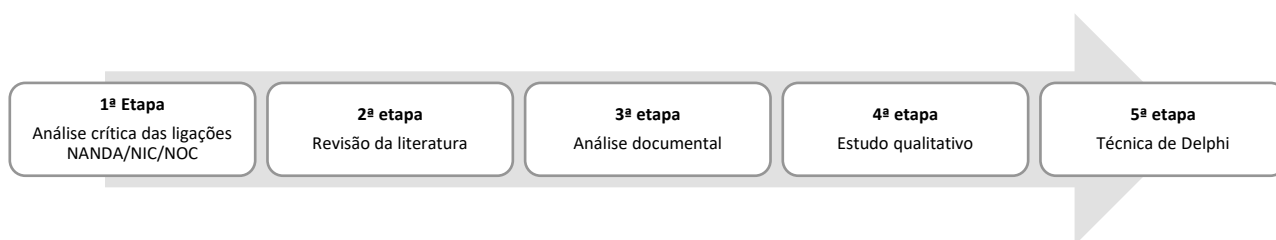
Objetivo

O presente estudo tem como objetivo identificar um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama.

Metodologia

Na fase metodológica o investigador determina o desenho do estudo, tendo por base o objetivo do mesmo, planifica a recolha dos dados e prossegue com a investigação (Fortin, 1999; Polit & Beck, 2011). O presente estudo foi delineado em cinco etapas, tendo sido utilizadas abordagens de índole exploratória e qualitativa (Figura 3).

Figura 3. Processo de identificação das intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária.



Na primeira etapa e tendo por base os 35 indicadores de resultado emergentes do “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama” desenvolvido, procedemos à leitura crítica das “ligações” NANDA/NIC/NOC (Johnson *et al.*, 2009). Na segunda etapa desenvolvemos uma revisão da literatura, tomando como foco estudos que integravam programas de intervenção de enfermagem direcionados às mulheres com cancro da mama. Na terceira etapa procedemos à análise documental dos registos de enfermagem, numa Instituição de Saúde dedicada aos doentes oncológicos. Na quarta etapa entrevistámos enfermeiros com experiência profissional específica no âmbito da oncologia mamária. Na quinta etapa, alicerçados nos resultados das etapas anteriores,

utilizámos a técnica de *Delphi* como forma de estabelecer consensos fundamentados na opinião de profissionais, peritos nesta área.

Seguidamente e de forma detalhada procedemos à descrição das diferentes etapas desenvolvidas e conducentes à identificação de um conjunto de intervenções enfermagem potencialmente promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama. Posteriormente, apresentámos os resultados e a discussão simultânea dos mesmos.

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

Uma intervenção é composta por uma série de atividades que são definidas como

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

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), uma intervenção de enfermagem é definida como uma ação realizada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem (ICN, 2011).

Tendo por base as definições descritas, neste estudo, considerámos o enunciado da intervenção de enfermagem segundo a CIPE[®], mas também incluímos as atividades descritas na NIC como intervenções de enfermagem.

No entanto, salvaguarda-se que as ações de enfermagem, intencionalmente implementadas no cuidado ao doente, englobam tanto o conteúdo das intervenções como os objetivos de enfermagem, sendo por isso denominadas como terapêuticas (Meleis, 2007).

Iniciámos o percurso de investigação delineado alicerçando-nos nos 35 itens que compõem o “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama” e procedemos à confrontação e à análise crítica entre as ligações NIC e NOC (Anexo X).

Nesta análise não foram incluídos dois indicadores de resultado, designadamente: “*Sinto-me satisfeita na expressão da minha intimidade e sexualidade*” e “*Sinto força interior para ultrapassar esta situação de doença*”; porque foram acrescentados por critério teórico e não foi possível efetuar a correspondência entre as classificações. No entanto, constatámos que após a análise emergiram intervenções que se interligam com a perspetiva teórica de cada um dos dois indicadores de resultado mencionados.

Como vimos no capítulo anterior, após o processo de validação do instrumento, este culmina com 30 indicadores de resultado. Porém, no desenvolvimento do painel de intervenções, considerámos os 35 itens iniciais, porque o processo de validação decorreu em simultâneo com o desenvolvimento desta fase da investigação. Julgámos que este facto não constituiu um obstáculo na identificação das intervenções, mas antes um contributo para amplificar a abrangência do objeto das mesmas.

Nesta **primeira etapa** recorremos ao projeto desenvolvido por Johnson e colaboradores (2009), que contempla a descrição das ligações entre as classificações NANDA/NIC/NOC. O trabalho desenvolvido por estes autores visa facilitar a utilização das linguagens padronizadas na prática clínica, na pesquisa e na formação. Pretende exemplificar a forma como estas três linguagens padronizadas e distintas podem ser interligadas e utilizadas em conjunto, no planeamento do cuidar de enfermagem. Constituem, também, uma plataforma de apoio no planeamento dos cuidados, do desenvolvimento utilização nos sistemas de informação, do desenvolvimento da capacidade de decisão clínica e da pesquisa em enfermagem.

Julgámos pertinente descrever algumas das particularidades estruturais deste projeto, como forma de melhor compreendermos a análise efetuada entre os indicadores emergentes do instrumento de medida e as intervenções descritas na NIC. No projeto de Johnson e colaboradores as ligações das classificações são descritas e apresentados os resultados da NOC e as intervenções associadas a cada diagnóstico da NANDA. As intervenções são apresentadas em três níveis distintos: as de primeiro nível ou intervenções principais, consideradas especialmente adequadas para a resolução do diagnóstico associado; as de segundo nível ou intervenções sugeridas, não constituem intervenções prioritárias para a maioria dos doentes; as de terceiro nível ou intervenções opcionais, intervenções aplicadas somente para alguns doentes com o diagnóstico de enfermagem (Johnson *et al.*, 2009).

Nesta etapa foram consideradas apenas as intervenções de enfermagem designadas como principais, tendo sido analisada a convergência entre estas e os indicadores incluídos no “Instrumento de monitorização da adaptação das mulheres ao cancro da mama”.

Na segunda etapa desenvolvemos uma revisão da literatura, tomando como foco estudos que integrassem programas de intervenção direcionados a mulheres com cancro da mama. Estabelecemos como critérios de inclusão: estudos publicados em português, espanhol, francês e inglês; artigos publicados no período de 2000 a 2012; e artigos que abordaram intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica da mama. Instituímos como critério de exclusão, artigos relacionados com intervenções exclusivas de outros técnicos de saúde. Também elaborámos um protocolo de revisão da literatura de forma a recolher os dados que considerámos pertinentes,

tendo sido adotada a seguinte estrutura: título do artigo; autor(es); objetivo; metodologia; fase do processo de doença; amostra; intervenção; resultados; conclusão e nível de evidência.

Recorremos aos descritores booleanos “AND” e aos descritores DeCS Browser. As palavras-chave foram: “*breast cancer*” AND “*adaptation*” AND “*nurse intervention*”. Procedeu-se à pesquisa nas bases de dados CINAHL, SCOPUS e Web of science.

A terceira etapa deste estudo incidiu na análise documental aos registos de enfermagem de uma Instituição Nacional direcionada ao tratamento de doentes oncológicos. Visámos a identificação de intervenções de enfermagem documentadas pelos enfermeiros durante o acompanhamento do processo de doença vivenciado pelas mulheres com cancro da mama.

Na seleção dos processos clínicos optámos por uma técnica de amostragem probabilística, tendo sido seleccionados os processos clínicos das mulheres admitidas na instituição de saúde com o diagnóstico de cancro da mama, no período entre 1 de janeiro a 30 de junho de 2012. Foi atribuído um número de identificação a cada processo clínico. Posteriormente, recorremos a uma tabela de números aleatórios e seleccionámos 500 processos clínicos, num universo de 1071 processos.

O período de tempo designado para a recolha de dados relacionou-se com o facto de ser possível englobar as doentes em diferentes fases do tratamento, desde o diagnóstico, à fase cirúrgica, de tratamento adjuvante e o *follow-up*.

Previamente desenvolvemos um guião para o procedimento da análise documental (Anexo XI) que permitiu a transcrição e a análise das diferentes intervenções de enfermagem contempladas em cada fase do processo de doença.

Seleccionados os 500 processos clínicos com recurso à tabela de números aleatórios, procedemos à análise de cada processo de acordo com o guião preestabelecido. Durante a análise foram excluídos 30 processos, referentes a mulheres com diagnóstico de alterações mamárias sem malignidade. Após a análise dos primeiros 130 processos constatou-se que não emergiam novas intervenções, apenas aumentava a frequência de registo das mesmas. Tendo por base que “*a saturação designa o momento em que o acréscimo de dados e informações numa pesquisa não altera a compreensão do fenómeno estudado. (...) Quando nenhuma nova informação ou nenhum novo tema é registado, atingiu-se o ponto de saturação*” (Thiry-Cherques, 2009, p. 23). Perante o resultado em análise, reduziu-se o número de processos analisados para 100. A análise documental permitiu determinar diversas áreas relevantes, direcionadas às diferentes fases do processo de doença.

Na quarta etapa da investigação tentámos compreender a opinião dos enfermeiros, que prestam assistência a estas mulheres, acerca das intervenções de enfermagem que consideram promotoras da adaptação nesta situação de doença.

Efetuámos onze entrevistas exploratórias a enfermeiros que trabalham numa Instituição direccionada a doentes do foro oncológico. Utilizámos uma amostra intencional, todavia estabelecemos critérios de inclusão e exclusão, na tentativa de identificar os participantes que melhor suprissem as lacunas de informações, em relação às exigências contextuais do estudo; “O pesquisador deve usar uma estratégia que possibilite o entendimento mais completo possível do fenómeno de interesse.” (Polit, Beck, & Hungler, 2004, p. 53).

Considerámos a entrevista “semidirigida” a mais apropriada para esta etapa da investigação, o que implicou o delineamento de um guião da entrevista (Anexo XII). De acordo com o mesmo, os entrevistados foram relatando as intervenções de enfermagem que consideraram relevantes no processo de adaptação à doença em mulheres com cancro de mama, tendo em conta o contacto inicial com a doença oncológica, a fase ativa de tratamentos e a fase de recuperação e vigilância após tratamentos.

Partindo do Universo da Instituição alvo, constituída por todos os enfermeiros com experiência assistencial na área da patologia oncológica da mama, procedemos à delimitação de um grupo específico de profissionais que obedeciam aos critérios estabelecido e que apresentámos no quadro 2.

Quadro 2. Critérios de inclusão e exclusão dos participantes na entrevista.

Critérios de inclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitarem participar no estudo; ▪ Exercício profissional num período superior a dois anos; ▪ Exercerem funções nos seguintes serviços: Clínica da mama Serviço de internamento Serviço de quimioterapia Serviço de radioterapia
Critérios de exclusão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfermeiros sem experiência profissional na área de oncologia mamária

A amostra foi constituída por onze enfermeiros, designadamente: cinco enfermeiros da clínica da mama, dois do serviço de internamento de cirurgia, dois do serviço de quimioterapia e dois do serviço de radioterapia. Os participantes foram referenciados pelos enfermeiros chefes e/ou responsáveis de cada serviço.

Os enfermeiros entrevistados apresentavam em média 21 anos de experiência profissional, a moda de 12, a mediana de 19, com um valor mínimo de 12 anos e máximo de 30 anos.

Relativamente à formação académica, sete apresentavam o grau de Licenciatura em Enfermagem, um enfermeiro a Especialização em Enfermagem Comunitária, um com pós graduação em Ciências de Enfermagem e dois enfermeiros o grau de mestre em Oncologia e Saúde Pública (Tabela 7).

Tabela 7. Caracterização sociodemográfica dos enfermeiros participantes na entrevista.

Entrevistado	Serviço onde exerce funções	Tempo de exercício profissional (em anos)	Formação académica
E1	Clínica da mama	22	Licenciatura em Enfermagem
E2	Clínica da mama	17	Licenciatura em Enfermagem
E3	Clínica da mama	30	Licenciatura em Enfermagem
E4	Clínica da mama	15	Licenciatura em Enfermagem
E5	Clínica da mama	26	Mestrado em Oncologia
E6	Hospital de Dia	19	Licenciatura em Enfermagem
E7	Hospital de Dia	30	Licenciatura em Enfermagem
E8	Cirurgia Oncológica	19	Especialização em Enfermagem Comunitária
E9	Radioterapia	12	Pós-Graduação Ciências de Enfermagem
E10	Cirurgia Oncológica	12	Mestrado em Saúde Pública
E11	Radioterapia	25	Licenciatura em Enfermagem

O material descritivo das entrevistas constituiu o corpus de análise (Vala, 1986) sobre o qual incidiu a análise de conteúdo. Segundo Bardin (2011, p. 44) a análise de conteúdo pode ser definida por:

“...um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/receção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Após a transcrição das entrevistas (Anexo XIII), procedemos a uma leitura “flutuante” (Bardin, 2011 p. 122) das mesmas, prosseguindo com a identificação e organização sistemática dos temas encontrados. Iniciámos o processo de codificação e procedemos à categorização.

Segundo Vala (1986), o processo de categorização pode ser feito *a priori*, *a posteriori* ou através da combinação destes dois processos. No entanto, consideramos pertinente optar por combinar os dois processos, de modo a que *“as referências teóricas do investigador orientam a primeira exploração do material, mas este, por sua vez, pode contribuir para a reformulação ou alargamento... das problemáticas a estudar”* (p. 112).

De acordo com Bardin (2011), o critério de categorização pode ser semântico, sintático e/ou lexical. A categorização do material em análise foi realizada segundo critérios sintáticos e semânticos. Segundo o critério sintático tomámos por base o verbo correspondente ao eixo de ação de enfermagem de acordo com a linguagem CIPE® (2010). O critério semântico permitiu-nos inferir sobre as áreas temáticas em foco e delinear as subcategorias.

A análise foi sustentada *a priori* nas intervenções de enfermagem já identificadas nas etapas anteriores e que também tomaram como foco inicial o termo correspondente ao eixo de ação de

enfermagem, em consonância com a linguagem CIPE[®]. A ação, de acordo com o ICN (2011, p. 93) corresponde a um “processo intencional aplicado a / ou desempenhado por um cliente”.

O processo de análise dos dados recolhidos através das entrevistas implicou um trabalho exaustivo e sistemático que permitiu a organização das categorias e subcategorias, de acordo com os princípios da exclusão mútua, da homogeneidade, da pertinência, da objetividade, fidelidade e da produtividade (Bardin, 2011).

Sabemos que os estudos qualitativos implicam o princípio da saturação, significando que nenhuma informação nova é acrescentada à colheita de dados e ocorrendo quando os temas e as categorias dos dados se tornam redundantes e repetitivos (Polit & Beck, 2011). No entanto, Morse e Field (1998) salientam que a saturação pode constituir um mito, argumentando que num outro momento, podem ser revelados novos dados, se outro grupo de sujeitos for entrevistado. Porém, demos por concluída a recolha de dados, relativa à amostra estabelecida, ao fim da décima primeira entrevista. Para além de não surgirem novos dados, também foram tidos em consideração os condicionalismos de tempo inerentes a um trabalho de investigação deste âmbito.

Na quinta etapa do processo de investigação, procedemos ao desenvolvimento de um estudo de consenso entre peritos, utilizando a técnica de *Delphi*.

A técnica de *Delphi* permite-nos obter a opinião de especialistas, mesmo na posse de conhecimento empírico publicado, constitui um meio através do qual o conhecimento e a experiência relevante no âmbito profissional pode ajudar a focalizar e a delimitar informação sobre um determinado domínio, garantindo validade de conteúdo e ajudando a fundamentar o processo de tomada de decisão (Hicks, 2006). Esta técnica “...baseia-se no uso estruturado do conhecimento, da experiência e da criatividade de um painel de especialistas, pressupondo-se que o julgamento coletivo, quando organizado adequadamente, é melhor que a opinião de um só indivíduo” (Wright & Giovinazzo, 2000, p. 54). Permite a prospeção de tendências futuras sobre o objeto em estudo ou extrair perspetivas estruturais de um determinado assunto (Wright & Giovinazzo, 2000; Kayo & Securato, 1997).

A operacionalização da técnica é concretizada por *rounds* de questionários consecutivos, aplicados ao grupo de peritos. O número *rounds* dependerá da natureza do grupo, da sua homogeneidade e da complexidade do estudo; mas geralmente são utilizadas duas a três rondas de opiniões (Kayo & Securato, 1997; Scarparo *et al.*, 2012). Neste estudo considerámos pertinente a aplicação de dois *rounds*.

Sendo de extrema importância a seleção dos participantes/peritos para concretização deste tipo de técnica, determinámos critérios de inclusão na amostra, que enunciámos no quadro 3.

Quadro 3. Critérios de Inclusão no Estudo de *Delphi*.

Critérios de inclusão do painel de peritos	▪ Enfermeiros em desempenho de funções há pelo menos dois anos.
	▪ Enfermeiros, em exercício de funções nas diferentes áreas de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> • Prestação de cuidados; • Gestão de cuidados; • Ensino de enfermagem.
	▪ Experiência específica em oncologia mamária.
	▪ Formação específica em oncologia mamária: <ul style="list-style-type: none"> • Pós-graduação; • Mestrado; • Doutoramento.

A amostra de natureza intencional foi constituída por 18 peritos em enfermagem na área do cancro da mama. Destacámos que não existem moldes pré-definidos para proporcionar representatividade, em relação ao número de participantes para a composição do painel de especialistas, estando o sucesso da aplicação da técnica relacionado com a qualificação dos participantes (Powell, 2003). Relativamente ao número de especialistas e apesar da dimensão da amostra ser discutível, a literatura recomenda entre dez a dezoito (Okoli & Pawlowski, 2004; Hicks, 2006).

Tendo por base os critérios de inclusão, a amostra integrou 18 peritos. Relativamente às características sociodemográficas da mesma, no que respeita à idade dos respondentes, variou entre os 26 e os 59 anos, tendo uma idade média de 45 anos e um desvio padrão de 10 anos. Os peritos eram maioritariamente do sexo feminino 89%. Em relação ao grau académico, 39% (n=7) eram detentores de Cursos de Mestrado nas áreas de Oncologia (11%; n=2), em Enfermagem de Reabilitação (11%; n=2), Enfermagem Médico-Cirúrgica (5,6%; n=1), Ciências de Enfermagem (5,6%; n=1) e Psicologia da Saúde (5,6%; n=1). Apresentavam o grau académico de doutor 33% (n=6), em Ciências de Enfermagem 16,6% (n=3), em Ciências da Educação 11% (n=2) e em Psicologia da Saúde 5,6% (n=1).

No que concerne ao desempenho de funções profissionais, a maioria exercia a sua atividade profissional no meio hospitalar 50% (n=9), 39% no meio académico (n=7) e 11% (n=2) num centro clínico onde, a par da prestação integrada e interdisciplinar de cuidados clínicos especializados, se desenvolvem atividades de investigação e programas avançados de educação. Relativamente à categoria profissional dez são enfermeiros generalistas, seis são professores-coordenadores, um era professor-adjunto e outro enfermeiro-chefe.

Apurámos que, 78% (n=14) dos peritos referiram ter experiência profissional assistencial na área da doença oncológica mamária, em média de dez anos, com um valor mínimo de dois anos e máximo de 35 anos, com um desvio padrão de onze anos.

Salientámos, também, que 78% (n=14) realizou trabalhos de investigação na área do cancro da mama. Destacando-se que, 43% (n=6) dos estudos abordaram as vivências experienciadas pelas mulheres com doença oncológica mamária, 29 % (n=4) incidiram na área da reabilitação, 7 % dos trabalhos de investigação abordaram a sexualidade (n=1), o tratamento com quimioterapia (n=1), o processo de adaptação (n=1) e a genética relacionada com o cancro de mama (n=1).

Selecionados os participantes procedemos ao seu contacto prévio, explicámos o objetivo e a finalidade do estudo. Elaborámos um questionário, alicerçado nas etapas desenvolvidas anteriormente (I, II, III e IV), tendo sido aplicado numa 1.ª ronda em abril de 2013. Foi enviado um *email* para os peritos com o *link* necessário para aceder ao questionário *online*.

https://docs.google.com/forms/d/1xC3i_woZ8HXcux8hRz4D7-Bwoh9--1_SHFIWCgZ8liY/viewform (Anexo XVI).

Geralmente, a primeira ronda da técnica de *Delphi* caracteriza-se por um questionário com perguntas abertas com o intuito de “...*gerar tantas ideias quanto possível sobre o assunto em estudo...*” (Sousa, 2006, p. 192). No entanto, e em analogia com o estabelecido por Moreno-Casbas e colaboradores (2001), o primeiro questionário foi estruturado em torno de perguntas fechadas, tendo por base as intervenções emergentes nas etapas anteriores.

A primeira parte do questionário da ronda I era composto por uma breve nota introdutória e outra parte dirigida à caracterização dos peritos. Na nota introdutória, foram resumidamente descritos os motivos do projeto, as instruções para o preenchimento e devolução, tendo sido estabelecido um prazo de entrega de duas semanas. A segunda parte incluía a descrição de 74 intervenções de enfermagem dispostas por ordem alfabética. De salientar que a cada 15 intervenções foram delineados espaços reservados a comentários, críticas e sugestões de cada interveniente no estudo. O processo de recolha de dados, e portanto de comunicação com o painel de peritos, foi efetuado através da *internet*.

Para a obtenção do nível de concordância entre os peritos, as intervenções foram apresentadas através de uma escala do tipo *Likert* de sete pontos classificadas entre – “Concordo Totalmente/Discordo Totalmente”. Foi obtida uma taxa de retorno de 100%.

O nível de consenso foi definido recorrendo à estatística descritiva, sendo utilizado no tratamento dos dados o *software* SPSS (versão 20). Recorremos às medidas de tendência central, de dispersão (desvio padrão) e as frequências dos *scores*. Foram estabelecidos os critérios de consensos que convergem com estudos anteriores, nomeadamente o de Sousa (2006) e de Nogueira, Azeredo e Santos (2012), nos termos apresentados no quadro 4.

Quadro 4. Critérios do consenso estabelecido.

Consenso	Definição (utilizando uma escala de <i>Likert</i> de <i>score</i> de 1 a 7)
Critérios de inclusão	Mediana - 6 ou 7 de <i>score</i> 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 Ausência de comentários dos peritos, indicadora de ambiguidades ou má compreensão dos itens
Critérios de exclusão	Mediana - 2 ou 1 <i>score</i> 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 1 e 3 Ausência de comentários dos peritos, indicadora de ambiguidades ou má compreensão dos <i>itens</i> .
Sem consensos	Todas as outras respostas

Considerámos ainda pertinente definir o nível de consenso em excelente, elevado e moderado como podemos constatar no quadro 5.

Quadro 5. Critérios para classificação do nível de consenso.

Consenso	Nível de consenso	Definição
Critérios de consenso	Consenso excelente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os participantes concordam completamente com a questão
	Consenso elevado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 ▪ Mediana: 6 ou 7 ▪ Moda: 6 ou 7 ▪ Desvio-Padrão $\leq 1,00$
	Consenso moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 ▪ Mediana: 6 ou 7 ▪ Moda: 5, 6 ou 7 ▪ Desvio-Padrão $> 1,00$
Critérios de consenso	Consenso excelente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Todos os participantes concordam completamente com a questão
	Consenso elevado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 ▪ Mediana: 6 ou 7 ▪ Moda: 6 ou 7 ▪ Desvio-Padrão $\leq 1,00$
	Consenso moderado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 75% dos peritos selecionaram a opção entre os <i>scores</i> 5 e 7 ▪ Mediana: 6 ou 7 ▪ Moda: 5, 6 ou 7 ▪ Desvio-Padrão $> 1,00$

No questionário que integrou a segunda ronda foram descritos os resultados obtidos na primeira ronda e acrescentados os novos temas sugeridos pelos peritos. As cinco temáticas sugeridas foram adequadas ao termo de ação da CIPE®. Informados dos resultados obtidos na ronda anterior, os participantes foram convidados a integrar a segunda ronda do questionário. De modo idêntico, cada uma das intervenções também foi operacionalizada numa escala de relevância de tipo *Likert* de sete pontos entre os diferenciais semânticos - “*Concordo Totalmente/Discordo Totalmente*”. Foi criado um novo *link* para aceder ao questionário *online*:

https://docs.google.com/forms/d/1k_N0yr0LiczhJFV04dJJ6L4WCg82cZg4OjZ2--6NaQE/viewform (Anexo XVII).

Esta ronda decorreu em maio de 2012. Manteve-se a participação dos 18 participantes iniciais, tendo sido alcançada novamente uma taxa de retorno de 100%.

Resultados e discussão

Na primeira etapa do processo de investigação analisámos a convergência entre os indicadores de itens do “Instrumento de monitorização da adaptação das mulheres ao cancro da mama” e as intervenções de enfermagem da NIC. O resultado da análise crítica entre as ligações das classificações, considerando os indicadores de resultados (nível 4) e os resultados (nível 3) constituintes do instrumento de medida e as intervenções principais, proporcionou a confluência de 44 intervenções de enfermagem (Tabela 8).

Tabela 8. Indicadores de resultado da NOC utilizados na interligação com a NIC.

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

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

Posteriormente, analisámos as 44 intervenções emergentes, tendo por base a definição da intervenção e as atividades que lhe estão associadas, relativamente à pertinência, viabilidade e à relação com o fenómeno em estudo. Com bases nestas premissas foram selecionadas 27 intervenções principais e excluídas 17 (ex. assistência na automodificação) (Tabela 9).

Tabela 9. Intervenções principais selecionadas com base na NIC e nos indicadores de resultado do instrumento desenvolvido e alicerçado na NOC.

INTERVENÇÃO PRINCIPAL DA NIC	DEFINIÇÃO DO CONCEITO
1. Aconselhamento	Uso de um processo interativo de ajuda, com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do paciente e pessoas importantes para melhorar ou apoiar o enfrentamento, a solução de problemas e as relações interpessoais.
2. Apoio à tomada de decisão	Fornecimento de informações e apoio a paciente que está tomando uma decisão sobre cuidados de saúde.
3. Apoio espiritual	Assistência ao paciente para que tenha equilíbrio e conexão com um poder superior.
4. Aumento da socialização	Facilitação da capacidade de outra pessoa para interagir com os outros.
5. Contrato com o paciente	Negociação e acordo com um paciente reforçando uma mudança específica de comportamento.
6. Controlo da dor	Alívio da dor ou sua redução a um nível de conforto aceito pelo paciente.
7. Ensino: atividade/exercícios prescritos	Preparo do paciente para atingir e/ou manter um nível de atividade prescrito.
8. Ensino: dieta prescrita	Preparação do paciente para seguir corretamente uma dieta prescrita.
9. Ensino: medicamentos prescritos	Preparo de um paciente para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos.
10. Ensino: processo de doença	Assistência ao paciente para que compreenda as informações relativas a determinado processo de doença.
11. Facilitação da autorresponsabilidade	Encorajamento a um paciente para assumir mais responsabilidade pelo próprio comportamento.
12. Facilitação do crescimento espiritual	Facilitação do crescimento da capacidade de pacientes para identificar, fazer uma conexão e chamar a fonte de sentido, finalidade, conforto, fortalecimento e esperança em suas vidas.
13. Facilitação do processo de pesar	Assistência para superar uma perda importante.
14. Grupo de apoio	Uso de um ambiente de grupo para oferecimento de suporte emocional e informações a seus membros relativos à saúde.
15. Melhora da autoestima	Assistência a paciente para melhorar o julgamento do próprio valor.
16. Melhoria da autopercepção	Assistência a paciente para investigar e entender seus pensamentos, sentimentos, motivações e comportamentos.
17. Melhora da imagem corporal	Melhorar as percepções e as atitudes conscientes e inconscientes do paciente em relação ao seu corpo.
18. Melhoria do <i>coping</i>	Assistência ao paciente para adaptar-se a estressores, mudanças ou ameaças percebidos que interfiram na satisfação das exigências da vida e no desempenho de papéis.

Capítulo IV

Identificação de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama

19. Melhoria do papel	Assistência a paciente, pessoa importante e/ou família para melhorar as relações, com o esclarecimento e suplementação de comportamentos específicos de papéis.
20. Melhoria do sistema de apoio	Facilitação de suporte ao paciente pela família, os amigos e a comunidade.
21. Melhoria do sono	Facilitação de ciclos regulares de sono/vigília.
22. Orientação antecipada	Preparo do paciente para uma crise de desenvolvimento e/ou situacional prevista.
23. Orientação quanto ao sistema de saúde	Facilitação do acesso e uso pelo paciente dos serviços de saúde adequados.
24. Promoção da esperança	Melhoria da crença na própria capacidade de iniciar e manter ações.
25. Promoção do envolvimento familiar	Facilitação da participação dos membros da família no cuidado físico e emocional do paciente.
26. Redução da ansiedade	Redução da apreensão, do receio, do pressentimento ou do desconforto relacionados a uma fonte não identificada de perigo antecipado.
27. Suporte emocional	Oferecimento de tranquilidade, aceitação e encorajamento durante períodos de stresse.

As 27 intervenções selecionadas estão associadas 700 atividades de enfermagem. Estas intervenções e atividades também foram objeto de análise crítica. Reconhecemos 198 atividades para o estudo, tendo sido diferenciadas as atividades específicas (n=28) e comuns (n=170) de cada intervenção.

Seguidamente, a seleção foi reanalisada e aprimorada, tendo sido eleitas 59 atividades/intervenções, que posteriormente foram adequadas à linguagem da CIPE[®]. Portanto, adaptamos à linguagem CIPE[®] um total de 59 enunciados de intervenções (Tabela 10).

Tabela 10. Intervenções de enfermagem adequadas à linguagem da CIPE[®].

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
1.	Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (p. ex., roupas, próteses ou cosméticos).
2.	Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.
3.	Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.
4.	Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).
5.	Apoiar a pessoa a gerir emoções.
6.	Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades.
7.	Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes.
8.	Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas.
9.	Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.
10.	Apoiar a pessoa no processo de aceitação da dependência no autocuidado.
11.	Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.
12.	Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do (s) membro (s) afetado (s).
13.	Encorajar a expressão de emoções.
14.	Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.
15.	Encorajar a pessoa a concentrar-se num fator de stresse de cada vez.
16.	Encorajar a pessoa a controlar as causas/fatores que prejudicam o padrão do sono.
17.	Encorajar atividades sociais/comunitárias.
18.	Encorajar comportamento interativo (<i>com membros da família ou pessoas significativas</i>).
19.	Ensinar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gerir o regime medicamentoso.
20.	Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
21.	Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).
22.	Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., <i>biofeedback</i> , relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.
23.	Ensinar sobre o autocontrolo da dor.
24.	Ensinar sobre o regime dietético.
25.	Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
26.	Ensinar sobre técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s).
27.	Ensinar sobre técnicas de relaxamento.
28.	Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no plano de cuidados.
29.	Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de controlo da dor.
30.	Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gestão da doença.
31.	Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de <i>mudanças</i> de papéis.
32.	Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).
33.	Facilitar a participação da família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de tomada de decisão.
34.	Incentivar a adoção de estratégias de <i>coping</i> eficazes.
35.	Incentivar a autonomia no autocuidado.
36.	Incentivar a pessoa a identificar perceções positivas sobre o seu corpo.
37.	Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.
38.	Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.

-
-
39. Incentivar apoio espiritual (meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).
 40. Incentivar atividade física.
 41. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.
 42. Incentivar mudanças no estilo de vida.
 43. Incentivar o recurso a técnicas de distração.
 44. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.
 45. Incentivar pessoa a procurar *fontes* de motivação.
 46. Informar a família (*ou pessoas significativas*) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).
 47. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.
 48. Informar a pessoa sobre o processo de dor.
 49. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).
 50. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.
 51. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).
 52. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
 53. Instruir técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s).
 54. Orientar terapia com grupo de apoio (p. ex., grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).
 55. Planear consultas (presenciais ou telefônicas).
 56. Providenciar material educativo (p. ex., guias, panfletos, vídeos).
 57. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).
 58. Supervisionar técnica de exercício do (s) membro (s) afetado (s).
 59. Treinar técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s).
-

As linguagens e os sistemas de classificação da prática profissional em enfermagem constituem linhas essenciais de pensamento, constituindo o uso dos mesmos elementos promotores do conhecimento da disciplina, ajudam a definir a profissão e projetam o alcance da prática clínica (Johnson *et al.*, 2009).

Os enunciados propostos representam um primeiro esboço que, no futuro exigirá adequação às normas ISO (ISO 18104:2014) para as intervenções e utilização da última versão da CIPE[®].

Durante esta etapa, o confronto das ligações entre as classificações constituiu uma mais-valia na seleção crítica das diversas intervenções, contribuiu para alicerçar e definir o primeiro esboço do painel de intervenções promotoras da adaptação das mulheres com cancro da mama.

Na segunda etapa da investigação desenvolvemos a revisão da literatura. Inicialmente surgiram 263 publicações. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram incluídos na revisão 16 artigos (Anexo XIV), designadamente: três *guidelines* (Nacional Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group, 2001; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008); uma revisão sistemática (Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008); uma meta-análise (Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005); sete estudos randomizados controlados (National Breast Cancer Centre, 2000; Fukui, Ogawa, Ohtsuka & Fukui, 2008; Jennings-Sanders, Kuo, Anderson & Freeman, 2005; Sandgren & McCaul, 2007; Schneider & Hood, 2007; Fillion *et al.*, 2008); três estudos quase-experimentais (Gümüs & Çam, 2008; Coleman *et al.*, 2005; Liu, Li, Tang, Huang & Chiou, 2006) e um artigo de opinião (Malak & Gümüs, 2009).

Resumidamente e após a análise detalhada dos artigos (Anexo XV) reconhecemos a existência de áreas temáticas predominantes no domínio em estudo, designadamente: “*processo de tomada de*

decisão" (doente/família)"; "processo de doença (doente/família)"; "estabelecer metas e prioridades"; "complicações dos tratamentos"; "estratégias para prevenir e minimizar os efeitos secundários"; "regime medicamentoso (quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)"; "regime dietético"; "exercícios de reabilitação"; "linfedema"; "dor"; "atividade física"; "dispositivos de adaptação"; "autocuidado"; "imagem corporal"; "reconstrução mamária"; "sexualidade"; "crenças"; "mudança de papéis (doente/família)"; "emoções"; "apoio espiritual"; "esperança"; "fontes de motivação"; "grupos de apoio"; "comportamento interativo"; "atividades sociais e comunitárias"; "recursos educativos"; "consultas telefónicas e domiciliárias"; "técnicas de distração"; e, "técnicas de relaxamento".

A revisão da literatura permitiu validar 46 intervenções, das 59 já identificadas na primeira etapa, de acordo com as áreas temáticas encontradas nos artigos e as intervenções associadas, com podemos observar na tabela 11.

Tabela 11. Intervenções de enfermagem validadas através da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	N
1. Apoiar a pessoa a gerir emoções.	10
2. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	10
3. Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	10
4. Encorajar a expressão de emoções.	7
5. Providenciar material educativo (ex. guias, panfletos, vídeos).	7
6. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes.	6
7. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	6
8. Incentivar a adoção de estratégias de <i>coping</i> eficazes.	6
9. Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (roupas, próteses ou cosméticos).	5
10. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.	5
11. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	5
12. Incentivar atividade física.	5
13. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	5
14. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	5
15. Planear consultas (presenciais ou telefónicas).	5
16. Referir para profissional de saúde (psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	5
17. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	4
18. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	4
19. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).	4
20. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex. prótese mamária, capilar ou manga elástica).	4
21. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	4
22. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	3
23. Incentivar apoio espiritual (meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).	3
24. Incentivar o recurso a técnicas de distração.	3
25. Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	3
26. Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	3

27. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	3
28. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	2
29. Encorajar comportamento interativo (<i>com membros da família ou pessoas significativas</i>).	2
30. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.	2
31. Ensinar sobre o regime dietético.	2
32. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no plano de cuidados.	2
33. Facilitar a participação da família (<i>pessoas significativas</i>) no processo de tomada de decisão.	2
34. Incentivar mudanças no estilo de vida.	2
35. Informar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	2
36. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.	1
37. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	1
38. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	1
39. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).	1
40. Encorajar atividades sociais/comunitárias.	1
41. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.	1
42. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gestão da doença.	1
43. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de <i>mudanças</i> de papéis.	1
44. Incentivar a autonomia no autocuidado.	1
45. Incentivar pessoa a procurar <i>fontes</i> de motivação.	1
46. Informar a pessoa sobre o processo de dor.	1

Podemos verificar a relevância de determinadas intervenções, tendo por base o número de artigos que as sustentam, nomeadamente: “*Apoiar a pessoa a gerir emoções*”; “*Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)*”; “*Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar)*”; “*Encorajar a expressão de emoções*”; “*Providenciar material educativo (p. ex. guias, panfletos, vídeos)*”; “*Apoiar a pessoa a identificar estratégias de coping eficazes*”; “*Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)*”.

A revisão da literatura, para além de ter possibilitado a validação das intervenções já referenciadas, permitiu identificar e acrescentar mais 12 intervenções de enfermagem. Destas salientámos algumas das áreas temáticas de intervenção: “*a sexualidade*”; “*o linfedema*”; “*as estratégias para melhorar a vida sexual*”; “*o autocuidado*”; “*a reconstrução mamária*”. Em concordância com as áreas temáticas emergentes, foram descritas as intervenções de acordo com a linguagem CIPE[®], tal como se apresenta no Tabela 12.

O desenvolvimento desta revisão permitiu-nos efetuar a convergência de dados anteriormente sistematizados e organizados, e enunciar novas intervenções de enfermagem focalizadas nas mulheres com cancro da mama.

Tabela 12. Novas intervenções de enfermagem emergentes da revisão da literatura, com a descrição do número de artigos associados.

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

Posteriormente e após o término da terceira etapa, correspondente ao desenvolvimento da análise documental, constatámos que não emergiram novas intervenções de enfermagem

Particularmente, e ao longo da referida análise, constatámos que as intervenções descritas estão estreitamente relacionadas com as diferentes fases do processo da doença. Apesar do domínio de ação se centralizar em intervenções de suporte educacional e principalmente informativo, estas são distinguíveis porque se associam ao período peri-diagnóstico, cirúrgico e tratamento adjuvante.

Na fase de diagnóstico foram descritas e incluídas as intervenções registadas na primeira consulta de enfermagem; aquando a admissão e após consulta com o cirurgião; no momento em que é efetuada a biópsia mamária; na consulta de enfermagem após a consulta de grupo cirúrgico; na consulta de enfermagem pré-operatória e na consulta de enfermagem de anestesia.

Nesta etapa verificámos que as intervenções registadas pelos enfermeiros com maior frequência são essencialmente intervenções de suporte informativo. Destacando-se diversos focos de interesse relacionados com o processo de doença, designadamente: na biópsia mamária; nos cuidados a ter após a biópsia; nos exames de estudo pré-operatório e consulta de grupo cirúrgico; no tipo de cirurgia; procedimentos anestésicos e no protocolo de internamento (Tabela 13).

Tabela 13. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de diagnóstico, com a descrição da frequência dos registos.

ÁREAS TEMÁTICAS	“INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM” DOCUMENTADAS NO PROCESSO CLÍNICO	n
Processo de doença	▪ “Informada sobre tipo de cirurgia”	90
	▪ “Informada sobre procedimentos relativos à anestesia e ao internamento”	83
	▪ “Informada sobre cuidados a ter pós-biópsia”	61
	▪ “Explicado procedimento relativo a biópsia mamária”	29
	▪ “Explicados procedimentos sobre exames de estudo pré-operatório e consulta de grupo cirúrgico”	24

Recursos educativos	▪ “Entregue folhetos informativos sobre a anestesia e o internamento”	80
	▪ “Entregue guia do utente”	78
	▪ “Entregue folheto informativo sobre tipo de cirurgia”	75
	▪ “Entregue folheto informativo sobre cuidados pós-biopsia”	67
	▪ “Entregue folheto informativo sobre administração enoxaparina”	13
Família e o processo de doença	▪ “Informado o familiar sobre tipo de cirurgia	11
	▪ “Explicados procedimentos ao familiar sobre exames de estudo pré-operatório e consulta de grupo cirúrgico”	5
Regime medicamentoso	▪ “Explicado a administração de enoxaparina”	13
Apoio emocional	▪ “Dado apoio emocional”	7

O suporte informativo é fornecido sob a forma de material educativo, como por exemplo, através de um guia ou folheto informativo, apresentando uma frequência de registo documental significativa. O conteúdo abordado nas “brochuras” refere-se essencialmente: à especificidade dos cuidados oncológicos (“guia do utente”); aos cuidados após a biópsia; ao tipo de cirurgia; administração de terapêutica (p. ex., heparinas de baixo peso molecular) e sobre os cuidados relacionados com os procedimentos anestésicos e com o internamento. Em rigor, “dar um folheto informativo sobre...” algo não é a intervenção de enfermagem mas, uma das formas de a concretizar. Quer isto dizer que, quando o enfermeiro tem por intenção, por exemplo, “Informar sobre cuidados após biópsia”, pode recorrer àquele tipo de didática.

O suporte educacional surge associado ao ensino desenvolvido pelos enfermeiros relativamente ao regime medicamentoso. Nesta fase, é especificamente direcionado à administração da heparina de baixo peso molecular, em associação à preparação para a cirurgia. É particularmente relevante o papel ativo e colaborante da pessoa no planeamento e implementação do seu regime terapêutico.

Na fase de tratamento cirúrgico são compreendidas as intervenções registadas pelos enfermeiros no serviço de internamento cirúrgico e no período pós-operatório de ambulatório (sala de tratamentos da clínica de mama). Também constatámos que, nesta etapa, as intervenções registadas com maior frequência são as associadas ao suporte informativo e ao suporte educacional. O suporte informativo é focalizado nos cuidados pré-operatórios e pós-operatórios. O suporte educacional incide no controlo da dor, no regime medicamentoso, nos exercícios de reabilitação e nas estratégias para prevenir complicações (Tabela 14).

Tabela 14. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase cirúrgica, com a descrição da frequência dos registos.

ÁREAS TEMÁTICAS	“INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”	n
Estratégias para prevenir complicações	▪ “Explicados cuidados domiciliários: vigilância de perdas hemáticas ou sinais inflamatórios, integridade dos pensos, presença de seroma, evitar esforços com o membro superior do lado operado (Internamento)”	49
	▪ “Explicados cuidados domiciliários para prevenção de seroma (Clínica de Mama)”	16
	▪ “Reforçados cuidados de hidratação da cicatriz (Clínica de Mama)”	8
Processo de doença	▪ “Informada sobre cuidados pré-operatórios”	28
	▪ “Informada sobre cuidados pós-operatórios”	27
Dor	▪ “Explicada a toma de analgesia”	49
Apoio emocional	▪ “Fornecido apoio emocional especial”	31

Capítulo IV

Identificação de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama

Exercícios de reabilitação	▪ <i>“Reforçados exercícios para mobilização do membro”</i>	12
Regime medicamentoso	▪ <i>“Explicada administração de enoxaparina”</i>	11
Dispositivos de adaptação	▪ <i>“Incentivada a utilizar soutien”</i>	1
Imagem corporal	▪ <i>“Incentivada a olhar para o local de mastectomia”</i>	1
Encaminhamento para outros profissionais	▪ <i>“Encaminhada para consulta psiquiatria”</i>	1
	▪ <i>“Encaminhada para serviço social”</i>	1

Na fase de tratamento adjuvante, nomeadamente no tratamento quimioterápico, foram incluídas as intervenções de enfermagem registadas e associadas aos momentos antecedentes e posteriores à colocação do cateter venoso central, na consulta de enfermagem de ambulatório (clínica de mama), efetivada antes do tratamento e no hospital de dia.

Neste período, as intervenções registadas com maior frequência pelos enfermeiros também são centradas no suporte informativo e no suporte educacional. O suporte informativo recai sobre o tratamento de quimioterapia, especificamente: periodicidade, número de ciclos, efeitos secundários e sobre a colocação de cateter venoso central. No suporte educacional, são mencionados os aspetos relacionados com o regime medicamentoso e medidas para prevenir e minimizar efeitos secundários (Tabela 15).

Tabela 15. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com quimioterapia, com a descrição da frequência dos registos.

ÁREAS TEMÁTICAS	“INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”	n
Processo de doença	▪ <i>“Explicado o tratamento de quimioterapia, periodicidade, número de ciclos”</i>	99
	▪ <i>“Explicado procedimento: colocação de cateter venoso central”</i>	34
Recursos educativos	▪ <i>“Entregue guia de orientação do Hospital de dia”</i>	51
	▪ <i>“Entregue folheto informativo sobre colocação de cateter venoso central”</i>	38
	▪ <i>“Entregue “guia de conselhos práticos”</i>	24
	▪ <i>“Entregue folheto informativo relativo à quimioterapia”</i>	13
Estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários	▪ <i>“Explicadas medidas para prevenir os efeitos secundários”</i>	56
	▪ <i>“Informada sobre os cuidados domiciliários pós colocação de cateter venoso central: vigilância de sinais de sangue/serosidade no penso, cuidados a ter com o cateter venoso central, limitação da atividade no membro superior do lado do cateter venoso central.”</i>	29
Efeitos secundários do tratamento	▪ <i>“Informada sobre os efeitos secundários da terapêutica”</i>	56
Estratégias para minimizar efeitos secundários	▪ <i>“Explicadas medidas para minimizar os efeitos secundários”</i>	56
Dispositivos de adaptação	▪ <i>“Informada sobre prótese capilar e mamária, locais onde a adquirir e alternativas”</i>	44
Regime medicamentoso	▪ <i>“Esclarecida sobre toma de pré-medicação”</i>	20
	▪ <i>“Explicado a administração de fatores de crescimento”</i>	9
	▪ <i>“Explicado a toma de medicação de suporte no domicílio”</i>	8
Família e regime medicamentoso	▪ <i>“Incluir a família no regime terapêutico”</i>	15
	▪ <i>“Explicado a administração de fatores de crescimento ao familiar”</i>	9
Apoio emocional	▪ <i>“Fornecido suporte emocional”</i>	12
Atividade física	▪ <i>“Estimulada atividade física”</i>	1

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

Na tabela 16, podemos verificar que as intervenções que os enfermeiros salientam com maior frequência também são intervenções no âmbito educativo, designadamente: cuidados domiciliários pós radioterapia, inerentes à zona irradiada e eventuais complicações do tratamento.

Tabela 16. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com radioterapia, com a descrição da frequência dos registos.

ÁREAS TEMÁTICAS	“INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”	n
Estratégias para prevenir complicações da radioterapia	▪ “Explicados cuidados domiciliários pós radioterapia inerentes à zona irradiada”	47
	▪ “Explicados cuidados inerentes à radioterapia e zona irradiada”	3
Complicações do tratamento (radioterapia)	▪ “Informada sobre eventuais complicações”	21
Encaminhamento para outros profissionais	▪ “Encaminhada a doente para consulta de Medicina Física e de Reabilitação”	9
Processo de doença	▪ “Informada sobre tratamento de radioterapia”	8
Recursos educativos	▪ “Entregue folheto - rotinas do serviço”	6
Apoio emocional	▪ “Fornecido apoio emocional”	4

Na fase de tratamento adjuvante com hormonoterapia foram incluídas todas as intervenções registadas nas consultas de enfermagem que antecedem o início do tratamento hormonal. Também nesta etapa podemos constatar o domínio do suporte educacional e da informação. O suporte educacional centra-se no regime medicamentoso. A informação foca os objetivos e efeitos secundários da terapêutica, como podemos observar na tabela 17.

Tabela 17. Intervenções de enfermagem referenciadas na análise documental na fase de tratamento adjuvante com hormonoterapia, com a descrição da frequência dos registos.

ÁREAS TEMÁTICAS	“INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM”	n
Objetivo da terapêutica	▪ “Explicados objetivos da hormonoterapia”	42
Complicações do tratamento	▪ “Explicados os efeitos secundários da hormonoterapia”	42
Regime medicamentoso	▪ “Informada da posologia da medicação”	34
Estratégias para prevenir efeitos secundários	▪ “Informada das estratégias para prevenir os efeitos secundários”	25
Estratégias para minimizar efeitos secundários	▪ “Informada das estratégias para controlar os efeitos secundários”	25
Recursos educativos	▪ “Entregue anexo informativo”	14
Apoio emocional	▪ “Prestado apoio emocional”	3

Inferimos e recapitulámos que as intervenções mais frequentemente enunciadas e registadas pelos enfermeiros, ao longo de todo o processo e das diferentes etapas da doença, desde o diagnóstico até aos tratamentos adjuvantes, focalizam o suporte educacional e, especialmente, o informativo.

Constata-se também que uma das principais preocupações registada pelos enfermeiros, ao longo das diferentes fases do processo de doença se relaciona com os sintomas psicológicos destas doentes. Ressaltámos que o suporte emocional é sempre mencionado nos registos das intervenções de enfermagem, o que torna bem evidente o valor terapêutico da relação entre enfermeiro/cliente e a sua confiança (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

Durante esta etapa também foi identificada a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde, tendo sido essencialmente nomeados o psicólogo, o assistente social e fisioterapeuta. A promoção da continuidade de cuidados e o papel central do enfermeiro como gestor de caso emerge deste facto.

Conforme já mencionámos, após a análise documental dos 100 processos clínicos não emergiram novas intervenções de enfermagem potencialmente promotoras da adaptação. No entanto, esta etapa

permitiu validar 16 das intervenções de enfermagem previamente delineadas na primeira e segunda etapa deste estudo (Tabela 18).

Tabela 18. Intervenções de enfermagem validadas pela análise documental, com a descrição da frequência dos registos nos processos clínicos.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
1. “Providenciar material educativo (p. ex. guias, panfletos, vídeos)”	459
2. “Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)”	426
3. “Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia)”	233
4. “Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)”	160
5. “Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)”	119
6. “Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)”	81
7. “Apoiar a pessoa a gerir emoções”	57
8. “Ensinar sobre o autocontrolo da dor”	49
9. “Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex. prótese mamária, capilar ou manga elástica)”	44
10. “Ensinar a família (pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso”	24
11. “Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de gestão da doença”	16
12. “Ensinar sobre técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s)”	12
13. “Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista)”	11
14. “Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (roupas, próteses ou cosméticos)”	1
15. “Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada”	1
16. “Incentivar atividade física”	1

Os resultados alcançados nesta etapa evidenciam a preponderância no domínio de ação da informar (ICN, 2011), do suporte emocional e do suporte educacional ao longo processo de doença, envolvendo a especificidade dos diferentes tratamentos associados à patologia oncológica. Estes resultados estão em consonância com a evidência científica, sendo inúmeros os estudos que enfatizam estes três domínios de intervenção (Coleman *et al.*, 2005; Liu, Li, Tang, Huang & Chiou, 2006; Sandgren & McCaul, 2007; Sherman *et al.*, 2012; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dossier & Dallas, 2008; Malak & Gümüs, 2009; Park, Bae, Jung & Kim, 2012).

Salientámos que o envolvimento da família durante todo o processo de doença também é sustentado em diferentes estudos e *guidelines* (National Breast Cancer Centre, 2000; Gümüs & Çam, 2008; Jennings-Sanders, Kuo, Anderson & Freeman, 2005; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003).

A análise documental dos registos de enfermagem permitiu identificar e validar 16 das intervenções, já nomeadas nas etapas anteriores, que os enfermeiros desenvolvem e registam no acompanhamento e tratamento das doentes com cancro de mama.

Seguidamente, apresentámos os resultados referentes à quarta etapa da investigação, que se alicerçou nas entrevistas efetuadas a enfermeiros com experiência profissional específica no âmbito da oncologia mamária.

Os resultados são apresentados discriminadamente por tipo de ação, segundo a CIPE® (2011). Os quadros que expomos enunciam as categorias, subcategorias e as unidades de registo que as alicerçam. Destacámos que considerámos a enumeração das subcategorias por frequência. Apesar reconhecermos que, na análise qualitativa, a inferência é consolidada no índice da temática e não na frequência (Bardin, 2011). Não sendo descurado este facto, nesta análise, em particular reconhecemos pertinente enunciar a frequência das subcategorias, porque estas poderão indiciar relevância que os enfermeiros atribuem às diferentes intervenções.

A Tabela 19 sintetiza as ações do tipo “Apoiar”. Apoiar segundo a CIPE®, é um conceito com as seguintes características definidoras “*Ajudar social ou psicologicamente alguém a ser bem-sucedido, a evitar que alguém ou alguma coisa fracasse, a suportar o peso, a manter-se em posição e a aguentar.*” (ICN, 2011, p. 95).

Tabela 19. Intervenções de enfermagem do tipo: "Apoiar".

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

Relativamente à subcategoria “*Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas*”, sabemos que a doença oncológica suscita crenças associadas ao diagnóstico e processo de tratamento, algumas reais, mas a maioria com fundamento erróneo, determinando comportamentos e atitudes, com consequências na adaptação à situação de doença (Estapé, 2001; Oliveira, Castro, Almeida & Moutinho, 2012). Fernandes (2009) salienta que as crenças irracionais, erros cognitivos e os défices nas estratégias de coping são condições dificultadoras de adaptação à doença crónica, particularmente na doença oncológica, sendo favorável “*...encorajar o sentimento de controlo pessoal e crença no tratamento, desmistificar atribuições erróneas... transformando as ameaças em desafios, no sentido de uma vivência com a doença oncológica... com mais qualidade de vida.*” (Santos, 2006, p. 272). Importa destacar que a crença de autoeficácia e a promoção da competência pessoal, assim como a utilização de um coping ativo (ex. espírito de luta) integram a sensação de perceção de controlo, favorecendo a

adaptação ao cancro (Villoria, 2002). Aliás, mais do que os familiares, os doentes com cancro acreditam no controlo pessoal em relação à doença e consequências da mesma, principalmente na fase inicial (Santos, 2006).

Em relação à subcategoria “*Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social)*” importa referir que um papel constitui “...a unidade de funcionamento da sociedade, é definido por um conjunto de expectativas sobre a forma como uma pessoa que ocupa uma posição se comporta em relação a uma pessoa que ocupa outra posição.”, sendo necessário “... saber quem se é em relação aos outros, para que se possa agir.”, acarreta um desempenho comportamental, que vai indicar o funcionamento do mesmo. As situações que possam dificultar este desempenho podem ter consequências na capacidade de cura ou manutenção da saúde (Roy & Andrews, 2001, p. 31). Manter o desempenho de papéis, como vimos, é um bom indicador de adaptação.

Segundo Roy e Andrews (2001), o processo de assumir um novo papel é designado *papel de transição* e engloba um sentido positivo. Nesta sequência, constata-se que é essencial que o enfermeiro assegure o processo de consciencialização (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000) da mulher para importância em manter o desempenho do seu papel social de mãe, esposa e na esfera profissional (Santos, Tavares & Reis, 2012). Contribuindo, deste modo, para manter as atividades diárias e ocupacionais (Gümüs & Çam, 2008), promovendo a adaptação e favorecendo o processo de cura.

A categoria “*Apoiar a pessoa a gerir emoções*” foi enunciada com maior incidência. Este resultado é consistente com a literatura associada à importância do apoio emocional, sendo fundamental que os enfermeiros apoiem as doentes a identificarem os sentimentos negativos, ajudando a analisá-los e ultrapassá-los, através do desenvolvimento de estratégias para lidar com reações emocionais como a depressão, ansiedade e insegurança (National Breast Cancer Centre, 2000; Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi, 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman *et al.*, 2005; Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005; Liu, Li, Tang, Huang & Chiou, 2006; Sandgren & McCaul, 2007; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008; Malak & Gümüs, 2009; Gümüs & Çam, 2008).

A sub categoria “*Apoiar a pessoa na procura da esperança na vida*” realça o sentido atribuído à esperança enquanto variável positiva, promotora da adaptação à situação de doença. As variáveis positivas como a esperança, otimismo, autoeficácia, entre outras, constituem aspetos amortecedores na adaptação à doença, correlacionam-se positivamente com a qualidade de vida (Pais-Ribeiro *et al.*, 2006). O facto de as pessoas manterem níveis de esperança elevados na vida induzem uma energia mental superior e maior disponibilidade de meios para atingir os objetivos que pretendem (Oliveira, 2004). A literatura também aponta o benefício da esperança e da sua promoção na adaptação ao

cancro da mama, tanto na fase inicial da doença como na fase de sobrevivência (Stanton *et al.*, 2000; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002; Stanton *et al.*, 2005; Knobf, 2007).

“Encorajar”, na CIPE® (ICN, 2011, p. 96), é a ação de “*Dar confiança ou esperança a alguém.*”. Através da análise da narrativa das entrevistas, focalizando a categoria “Encorajar” emergiram duas subcategorias (Tabela 20).

Tabela 20. Intervenção de enfermagem do tipo: "Encorajar".

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

Uma das diferentes variáveis que se relaciona com a adaptação da mulher ao cancro da mama envolve a problemática emocional. Este facto determina que a expressão das emoções e a ação de encorajar a mesma constitua um foco de atenção dos enfermeiros. Permitir que a doente expresse as suas emoções durante o processo de doença permitirá que a doente seja escutada, possibilitando que se sinta confortável, com tempo e apoio para relaxar e pensar sobre as prioridades da sua vida. Consequentemente possibilitará que sejam induzidos benefícios na qualidade de vida, no humor, nos níveis de stresse e naturalmente melhor adaptação (Compas & Luecken, 2002; National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative, 2003; Coward & Kahn, 2005; Sandgren & McCaul, 2007).

Relativamente à subcategoria “*Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos*”, Miaskowski e colaboradores (2008) salientam que os enfermeiros podem desempenhar um papel central na promoção da adesão, garantindo que os doentes compreendam a necessidade de tratamento e identificando eventuais barreiras à adesão ao tratamento. Uma melhor adesão ao tratamento em oncologia pode ser obtida se a equipe de saúde discutir e enfatizar a importância da continuidade do tratamento e o efeito da adesão sobre os resultados clínicos (Kirk & Hudis, 2008). Sendo fundamental encorajar os doentes a usar os seus próprios recursos (Corney, 2000), na medida em que a gestão da doença e do regime terapêutico é uma dimensão do autocuidado (Bastos, 2013).

A unidade de análise referente à categoria “Ensinar”, de acordo com a CIPE® consiste em “*Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde.*” (ICN, 2011, p. 96) (Tabela 21). Este é um aspeto central das terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010).

Tabela 21. Intervenções de enfermagem do tipo: "Ensinar".

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

Relativamente à categoria “Ensinar” destaca-se que a função do enfermeiro radica, em larga medida na transmissão de informação sistematizada que facilite a aquisição de competências em diferentes domínios relacionados com a nova condição de saúde, de forma a capacitar as mulheres. Recordámos que “Educar vem de *ed-ducere*, que significa conduzir para o exterior.” (Sampaio, 2008, p. 55) e, neste sentido, a doente deve ser ajudada a efetuar um percurso progressivo de assimilação da informação que lhe é disponibilizada.

Os participantes salientaram diversas áreas temáticas relacionadas com esta categoria, destacando-se “Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia.)”. Realça-se que na literatura diversos são os estudos que focam o delineamento de estratégias interventivas de suporte educativo com foco na prevenção, direcionadas aos efeitos dos tratamentos na área oncológica (Liu, Li, Tang, Huang & Chiou, 2006; Sandgren & McCaul, 2007; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008)

Outra área que se destaca está relacionada com as estratégias focalizadas na melhoria da vida sexual da mulher com cancro da mama. Embora esta subcategoria focalize os aspetos sexuais relacionados com o foro cirúrgico, lembrámos que todos os tratamentos implicados no tratamento desta doença oncológica podem ter repercussões no domínio sexual, designadamente a fadiga, a perda de cabelo,

a medicação que pode induzir secura vaginal, diminuição da libido e aumento de peso (Keitel & Kopala, 2000). A mulher e o cônjuge ou companheiro podem ter dificuldades acrescidas em lidar com as alterações físicas decorrentes da cirurgia. De facto, a realização de uma mastectomia pode implicar alteração na imagem corporal da mulher, o que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de rejeição por parte do parceiro ou o contrário, sendo fundamental abordar estratégias interventivas e terapêuticas para enfrentar a situação, de modo a minimizar o impacto da mutilação causada ou promover a aceitação da mesma (National Breast Cancer Centre, 2000; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008; Gümüş & Çam, 2008; Malak & Gümüş, 2009).

Relativamente ao “Ensinar” sobre exercícios do membro do lado afetado, inferimos que a intervenção educativa nesta área constitui um elemento decisivo na reabilitação, favorecendo a diminuição de complicações com o linfedema, o regresso às atividades de vida diária e uma melhor adaptação à nova condição de vida (Lauridsen, Christiansen & Hessov, 2005; Kärki, 2005).

Ainda, no eixo de ação “Ensinar” e considerando que o de cancro da mama é uma experiência traumática e não se circunscreve apenas à doente, mas envolve toda a família (Helgeson, 2005), tendo esta um papel ativo no processo de doença do seu familiar (Pinto & Ribeiro, 2007), faz-nos sentido que os enfermeiros abordem as questões relacionadas com a prevenção das complicações do tratamento, direcionando-as também ao familiar e/ou pessoa significativa. De facto, surge um interesse particular da equipa de enfermagem na focalização do território familiar. Na revisão da literatura efetuada emerge a intervenção direcionada ao recurso do apoio familiar na gestão do regime medicamentoso, mas não é evidenciada nenhuma intervenção relacionada com a prevenção das complicações dos tratamentos. Neste sentido, os participantes apontam para esta nova intervenção que considerámos pertinente incluir no estudo, tendo sido identificada a intervenção “*Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações do tratamento (cirurgia, quimioterapia, hormonoterapia)*”.

A categoria "Providenciar" emerge da análise do relato das entrevistas, designando “*Aprontar alguma coisa para alguém.*” (ICN, 2011, p. 99) (Tabela 22).

Tabela 22. Intervenção de enfermagem do tipo: "Providenciar".

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

O recurso a material educativo com o intuito de disponibilizar informação constitui uma estratégia essencial e uma mais-valia na transmissão de informação, sendo enunciada em diferentes *guidelines* (Health Service Cancer Screening Programmes, 2008; National Breast Cancer Centre and National

Cancer Control Initiative, 2003) e integrada em programas de intervenção em enfermagem com resultados favoráveis em relação à adaptação das mulheres com cancro da mama (Coleman *et al.*, 2005; Park, Bae, Jung & Kim, 2012; Sherman *et al.*, 2012; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008).

O recurso a panfletos, livros, vídeos e outros meios, permite o reforço da informação verbal, promovendo uma melhor compreensão por parte de quem a recebe (Costa, 2011) e assegura o acesso livre a informação adequada (Corney, 2000). Acresce que o complemento da informação verbal com material escrito constitui um meio acessível para o doente, permitindo-lhe decidir qual o momento oportuno para ler e refletir sobre a informação disponibilizada (Lee, Back, Block & Stewart, 2002).

“Informar” é um dos eixos emergentes do discurso dos participantes. Na CIPE[®] informar é um “Comunicar alguma coisa a alguém.” (ICN, 2011, p. 97). Desta categoria e de acordo com os relatos dos participantes, surgiram oito subcategorias (Tabela 23).

Tabela 23. Intervenção de enfermagem do tipo: "Informar".

CATEGORIA: INFORMAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
▪ Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	“No tratamento cirúrgico (...) explicarmos (...) todos os exames que a doente tem que fazer eh pré-operatório, explicamos que terão que passar pelo menos por mais duas consultas pré-operatórias, (...) explicamos o que é o planeamento cirúrgico, a medicina pré-operatória, explicamos também em que consiste essa consulta (...) falamos (...) da anestesia (...) explicamos à doente em que consiste a cirurgia” E4: [138-146]	66
▪ Informar sobre possíveis complicações dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	“(…) ter alguns cuidados de movimentos muito bruscos (...) atenção aos pesos (...) estar atentos se houver uma dilatação grande da parte cervical do lado do cateter alertamos para isso (...) inchaço, edema do membro do lado do cateter também para nos alertarem” E6: [315-324]	15
▪ Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex. prótese mamária, capilar ou manga elástica).	“(…) tentando demonstrar as disponibilidades que há no mercado relativamente às próteses capilares, às ajudas que existem e realmente conseguir uma imagem que a ajude eh mmh a superar todos estes efeitos.” E1: [33-36]	8
▪ Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.	“(…) perante um diagnóstico da doença esclarecer que há vários tipos de doença da mama oncológico e que cada um tem o seu processo de tratamento e cirúrgico diferente” E3: [24-26]	4
▪ Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	“(…) explorar melhor a doente no período pré-operatório, e prepará-la melhor para aquilo que ia ser também uma mastectomia.” E10: [244-246]	4
▪ Informar sobre reconstrução mamária.	“(…) tentámos minimizar este efeito negativo com a possível reconstrução no futuro eh tentando dizer que poderá recuperar a sua imagem, minimizando este efeito” E1: [27-29]	2
▪ Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	“(…) mais no sentido de informação (...) a prevenção do linfedema” E10: [76-79]	1
▪ Informar sobre a importância da realização de exames no follow-up (autoexame, mamografia, ecografia).	“Depois da fase do tratamento, do follow-up (...) a tentar (...) explicar-lhe algumas situações e (...) dizer-lhe que não é necessário fazer assim tantos exames e que os exames são feitos naquela fase que são importantes e que serão feitos noutra fase quando eles se tornarem importantes na vigilância da doença.” E5: [295-311]	1

Salvaguardando que na metodologia qualitativa procurámos exemplaridades e não regularidades, não podemos deixar de constatar que nesta categoria os enfermeiros enfatizam as subcategorias “Informar sobre o processo de doença” e “Informar sobre possíveis complicações dos tratamentos”, sendo enumeradas com maior frequência. A informação é crucial para a “promoção da consciencialização” das clientes (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

Apesar da necessidade de informação diferir de doente para doente, designadamente na situação de doença oncológica, alguns doentes não pretendem informação acerca da mesma e esta atitude tem de ser respeitada; outros demonstram confusão, receio e inquietação o que pode dificultar a procura de informação, designadamente a mais indicada, podendo também não saber o que perguntar aos profissionais de saúde. Nesta perspetiva, deve ser garantido acesso livre à informação mais adequada e assegurada disponibilidade para que esta possa ser completada com perguntas adicionais. E, mesmo que nenhum dos tratamentos padronizados para a doença oncológica seja o indicado para a situação da doente, a informação disponibilizada permitir-lhe-á melhorar o domínio emocional, porque lhe proporcionar a sensação de controlo da sua vida (Corney, 2000).

“A informação constitui uma premissa essencial em contexto de saúde. Resulta por um lado, da necessidade de informação por parte do doente, que recorre, para o efeito, a várias estratégias de recolha da mesma e por outro lado, da obrigatoriedade dos profissionais de saúde em informar os doentes sobre a sua situação clínica” (Melo, 2005, p. 53).

A literatura também assinala a importância em abordar temáticas como o diagnóstico/prognóstico, intervenção cirúrgica, objetivos dos tratamentos e as opções terapêuticas (National Breast Cancer Centre, 2000; Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi, 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman *et al.*, 2005; Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005; Liu, Li, Tang, Huang & Chiou, 2006; Sandgren & McCaul, 2007; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008; Fillion *et al.*, 2008; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008; Yoo, Lee & Yoon, 2009).

A consciencialização do diagnóstico ou das implicações que terá na vida futura, assim como o conhecimento dos diversos tratamentos e seus efeitos secundários, da sua singularidade no processo de doença, das potenciais mudanças na imagem corporal, da utilidade dos dispositivos de adaptação, da prevenção de linfedema, da hipótese da reconstrução mamária e da importância do seguimento na fase de sobrevivência, associados a informação adequada e no tempo apropriado, pode promover maior adesão, melhor gestão da doença e adaptação ao novo estado de saúde.

No eixo da ação "Envolver", que segundo a CIPE® (ICN, 2011, p. 96), é a *“Ação de empenhamento e demonstração de interesse para com outros indivíduos e vontade de ajudar outros.”*, emergiram três subcategorias (Tabela 24).

Tabela 24. Intervenções de enfermagem do tipo: "Envolver".

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

Emerge nesta categoria a necessidade de envolver a doente e família na gestão da doença, sendo preconizado pelos participantes o estabelecimento de um plano de cuidados que facilite o comportamento de adesão e o desenvolvimento de competências que facilitem o processo de gestão da doença. A literatura também aponta para a necessidade de estabelecimento de planos de enfermagem que facilitem a identificação e estabelecimento de objetivos com o doente, no sentido de o ajudar a estruturar e a concretizar os mesmos (National Breast Cancer Centre, 2000; Jennings-Sanders, Kuo, Anderson & Freeman, 2005). Considerámos que o enfermeiro desempenha um papel fulcral na promoção da interação entre a doente e o núcleo familiar, na perspetiva deste último ajudar na adaptação ao processo de doença.

Santos (2006) salienta que ainda existe falta de estudos envolvendo o impacto da doença oncológica em relação à família e a importância das suas interações relacionais, sendo defendido o planeamento de intervenções de apoio centradas, também, no núcleo familiar, sendo favorável que na incerteza instaurada a família necessite de restabelecer a crença de que têm algum controlo sobre a doença.

A procura de significado e de mestria favorecem a autoestima, sendo sugerido que neste processo sejam criadas interpretações positivas da realidade, constituindo uma componente promotora da adaptação cognitiva (Taylor, Lichtman & Wood, 1984), permitindo viver com esperança no futuro.

No eixo da ação "Incentivar" emergem dez subcategorias. Incentivar consiste em “Levar alguém a atuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma atividade.” (ICN, 2011, p. 97) (Tabela 25).

Tabela 25. Intervenções de enfermagem do tipo: "Incentivar".

CATEGORIA: INCENTIVAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
▪ Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.	“(.) o que diz respeito à parte estética nós começamos a alertar para o uso propriamente do soutien para ir melhorar a imagem” E8: [80-82]	6
▪ Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro(s) afetado(s).	“(.) aquilo que nós dizemos é que com os tratamentos eventualmente se não houver continuidade dos exercícios poderá vir a agravar” E11: [414-416]	4
▪ Incentivar atividades para melhorar a autoestima.	“(.) podemos arranjar formas de a doente continuar a olhar ao espelho e achar-se bonita, e sentir-se mulher, é muito importante uma pessoa olhar-se ao espelho e sentir-se poderosa, sentir que tem o controlo da própria vida, controlo de alguma forma da própria doença” E4: [100-104]	2
▪ Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	“(.) ajudá-la a ela visualizar a área da mastectomia.” E8: [39]	2
▪ Incentivar o recurso a técnicas de distração.	“(.) cada doente ter um televisor ao seu dispor” E6: [296]	2
▪ Incentivar a adoção de estratégias de coping eficazes.	“(.) facilitar (...) aquisição de estratégias de adaptação, de estratégias de coping” E4: [52-53]	1
▪ Incentivar pessoa a procurar fontes de motivação.	“(.) foi nisso que nós pensámos para lutar pelo filho porque seria esse eh aquilo onde se deveria agarrar, para lhe dar força, para conseguir depois lutar e estar bem e serem felizes” E11: [466-468]	1
▪ Incentivar atividade física.	“(.) nas estratégias de intervenção de enfermagem focalizarmo-nos (...) no exercício físico porque as nossas doentes ficam muito sedentárias devido ao cansaço” E4: [105-107]	1
▪ Incentivar mudanças no estilo de vida.	“(.) podemos voltar a ter intervenções na área de hábitos de vida saudáveis como o exercício físico, a mobilização, ah a alimentação” E5: [221-222]	1
▪ Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	“(.) têm técnicas de relaxamento, fazem duas coisas Reiki e Reflexologia e também sugerimos” E7: [156-157]	1

As temáticas das subcategorias descritas e o tipo de ação – Incentivar - a estão em consonância com as intervenções descritas na revisão da literatura efetuada na primeira fase do processo de investigação (National Breast Centre Advanced Breast Cancer Working Group, 2001; Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi, 2003; National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative, 2003; Coleman *et al.*, 2005; Zabalegui, Sanchez, Sanchez, & Juando, 2005; Schneider & Hood, 2007; Sandgren & McCaul, 2007; Fillion *et al.*, 2008; National Health Service Cancer Screening Programmes, 2008; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008; Gümus & Çam, 2008; Malak & Gümus, 2009). No entanto, emergiram duas subcategorias que não tinham sido identificadas nas etapas anteriores, designadamente “*Incentivar atividades para melhorar a autoimagem*” e “*Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro(s) afetado(s)*”.

Relativamente à subcategoria “*Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro(s) afetado(s)*”, os participantes salientam que, para além do ensino prévio, é necessário incentivar e reforçar a continuidade dos exercícios. Neste sentido, Otto (2000) defende que a realização dos exercícios deverá continuar no mínimo durante seis semanas após a cirurgia, podendo prolongar-se até aos seis meses para completa aquisição da mobilidade e flexibilidade. Com o objetivo de prevenir ou minimizar potenciais sequelas como perda de mobilidade do membro superior e linfedema, revela-se fundamental incentivar e orientar a prática de exercícios específicos e adequados à reabilitação da mulher em tratamento de cancro de mama.

Programas de intervenção desenvolvidos por enfermeiros também são elucidativos da importância do ensino e incentivo dos exercícios de reabilitação nas mulheres com cancro da mama, que efetuaram tratamento cirúrgico ou adjuvante. Constituem meios facilitadores do processo de transição, promotores de autonomia e de empoderamento, tornando a mulher mais capaz de gerir o seu processo de saúde e bem-estar (Santos, 2013; Rodrigues, 2012).

Na subcategoria *“Incentivar atividades para melhorar a autoimagem”*, incluem-se estratégias que têm como objetivo incentivar a promoção da autoimagem *“... tentámos motivá-las sempre para os cuidados para (...) estarem sempre bonitas” [E5]*, *“... levá-las à sala de pensos quando faço o penso, levo a prótese, levo o soutien e elas saem de lá já com a camisola ou com a blusa vestida com o soutien e já a prótese colocada, o impacto que isto tem para a doente é fundamental ” [E8]*.

Outro tipo de ação que emergiu dos discursos dos participantes refere-se ao *“Orientar”*. Orientar compreende *“Dirigir alguém para uma decisão em assuntos relacionados com a saúde.”* (ICN, 2011, p. 98) (Tabela 26).

Tabela 26. Intervenção de enfermagem do tipo: "Orientar".

CATEGORIA: ORIENTAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
▪ Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de auto-ajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	<i>“(…) ligo ao Movimento Vencer e Viver para virem cá porque (...) é quase falar de igual para igual e as mulheres(...) os modelos positivos de papel, nós devemos cada vez incuti-los mais na nossa prática” E10: [91-98]</i>	6

O desenvolvimento de competências de *coping*, gestão do stresse e promoção de empoderamento, aplicados em grupo, revelam-se benéficos para as mulheres com cancro da mama, nomeadamente quando se deparam com a solidão e um suporte social ineficaz ou inadequado, contribuindo também para capacitação e redescoberta ou confirmação de capacidades e habilidades dos participantes (Fukui, Koike, Ooba & Uchitomi, 2003; Stang & Mittelmark, 2010). Spiegel (1990) salienta que o trabalho de grupo constitui um meio de gerar relações sociais, facto que considerámos fundamental dada a tendência que algumas doentes para se isolarem e sentirem-se rejeitadas.

O planeamento do acompanhamento das clientes, enfatizando a ideia de continuidade e vinculação entre o enfermeiro/cliente foi um aspeto que emergiu nos discursos e que é muito alinhado com o conceito de terapêutica, proposto por Meleis (2010). *“Planear”* implica *“Ponderar, ordenar e organizar previamente alguma coisa.”* (ICN, 2011, p. 99) (Tabela 27).

Tabela 27. Intervenção de enfermagem do tipo: "Planear".

CATEGORIA: PLANEAR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
▪ Planear consultas (presenciais ou telefónicas).	<i>“(…) melhorar era mesma a consulta de enfermagem (...) havíamos de fazer uma consulta ou naquele ao início do TAC (...) e depois programar sempre uma a meio do tratamento.” E9: [240-246]</i>	3

Os participantes salientam a necessidade de planejar as consultas, de acordo com as necessidades individuais da pessoa, de forma a possibilitar a continuidade de cuidados e vigilância das complicações que podem decorrer da realização dos tratamentos.

As consultas domiciliares e telefónicas surgem como estratégias para promover uma intervenção organizada e assistência contínua, favorecendo o apoio social gradativo e contribuindo assim para o processo de adaptação, sendo corroboradas pela evidência científica (Coleman, *et al.*, 2005; Liu, Li, Tang, Huang & Chiou, 2006; Sandgren & McCaul, 2007; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008; Fillion *et al.*, 2008).

A categoria “Referir” é um tipo de ação que determina “*Encaminhar ou indicar uma pessoa a alguém ou a alguma coisa.*” (ICN, 2011, p. 99), a subcategoria que se evidencia centra-se no profissional da saúde, como se pode observar na Tabela 28.

Tabela 28. Intervenção de enfermagem do tipo: "Referir".

CATEGORIA: REFERIR		
Subcategoria	Unidade de Registo	n
▪ Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	“(…) se nós verificámos que há uma necessidade de intervenção de outro profissional, por exemplo os psicólogos ok, nós temos o à vontade de marcar” E6: [19-21]	33

Tendo por base as unidades de registo, constatámos que esta subcategoria emerge com uma frequência considerável. A National Breast Cancer Centre (2000) refere que de acordo com os membros da equipa multiprofissional, as principais contribuições das “*specialist breast nurse*” foram informar a equipa sobre as necessidades de cada mulher e assistir a utente na obtenção de informação, apoio e encaminhamento, promovendo assim uma melhor utilização dos recursos.

A perceção dos enfermeiros com experiência na área de oncologia mamária permitiu a validação de 38 das 59 intervenções de enfermagem (Tabela 29). Algumas intervenções como: “*Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico)*”; “*Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista)*”; “*Apoiar a pessoa a gerir emoções*” e “*Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia)*”, destacam-se pela frequência nas unidades de registo e focalizam os domínios de ação relacionados com a informação, encaminhamento, suporte emocional e educativo.

Tabela 29. Intervenções de enfermagem validadas, com a descrição da frequência das unidades de registo.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	n
1. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	66
2. Referir para profissional de saúde (p. ex., psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	33
3. Apoiar a pessoa a gerir emoções.	24
4. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	24
5. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	15
6. Providenciar material educativo (p. ex. guias, panfletos, vídeos).	12
7. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	11
8. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	10
9. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex., prótese mamária, capilar ou manga elástica).	8
10. Encorajar a expressão de emoções.	6
11. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	6
12. Envolver a família (ou pessoas significativas) no plano de cuidados.	6
13. Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	6
14. Envolver a pessoa no plano de cuidados.	5
15. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	4
16. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	4
17. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	4
18. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.	4
19. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	4
20. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	3
21. Planear consultas (presenciais ou telefónicas).	3
22. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	2
23. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de coping eficazes.	2
24. Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.	2
25. Ensinar a família (pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso.	2
26. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de gestão da doença.	2
27. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	2
28. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.	2
29. Incentivar o recurso a técnicas de distração.	2
30. Informar sobre reconstrução mamária.	2
31. Ensinar sobre o regime dietético.	1
32. Incentivar a adoção de estratégias de coping eficazes.	1
33. Incentivar atividade física.	1
34. Incentivar mudanças no estilo de vida.	1
35. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	1
36. Incentivar pessoa a procurar fontes de motivação.	1
37. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	1
38. Informar sobre a importância da realização de exames no follow-up (autoexame, mamografia, ecografia).	1

O discurso dos enfermeiros nas entrevistas também permitiu identificar três novas intervenções de enfermagem importantes sobre o fenómeno em estudo, relacionadas com o “*envolvimento da família*

na prevenção de complicações/efeitos secundários do tratamento” e o “incentivo à realização de exercícios de reabilitação e atividades para otimizar a autoimagem” (Tabela 30).

Tabela 30. Novas intervenções de enfermagem resultantes das entrevistas, com a descrição da frequência das unidades de registo.

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

A perceção dos enfermeiros com experiência profissional na área de oncologia da mama ajudou-nos a enriquecer o painel das intervenções, na perspetiva de quem vivencia diariamente a realidade clínica, possibilitando também a convergência e a identificação de novos aspetos.

Terminada a fase das entrevistas e na posse de um painel de intervenções evoluímos para o estudo de *Delphi* com 18 peritos.

Iniciámos com a descrição do nível de concordância da primeira ronda e discriminámos por ordem alfabética as intervenções de acordo com os diversos tipos de ação designadamente: “Aconselhar”, “Apoiar”, “Assistir”, “Encorajar”, “Ensinar”, “Envolver”, “Estabelecer”, “Facilitar”, “Incentivar”, “Informar”, “Instruir”, “Orientar”, “Planear”, “Providenciar”, “Referir”, “Supervisionar”, “Treinar”.

Em relação à única intervenção de enfermagem do tipo de ação “Aconselhar”, verificámos que o nível de consenso entre os elementos do painel de peritos foi elevado, tendo obtido 100% de concordância no primeiro *round*. A moda e a mediana centram-se no *score* “concordo totalmente” e este consenso é traduzido por uma baixa dispersão dos dados ($DP < 1,00$) (Tabela 31).

Tabela 31. Consenso das intervenções do tipo “Aconselhar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
1. <i>Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (roupas, próteses ou cosméticos).</i>	100%	6,61	7	7	0,608

A importância atribuída aos dispositivos que podem contribuir para a adaptação é salientada na literatura (Malak & Gümüs, 2009; National Breast Cancer Centre, 2000; Jennings-Sanders, Kuo, Anderson & Freeman, 2005; Ritz *et al.*, 2000), designadamente os que se relacionam com a imagem corporal da mulher. Amorim (2007) ressalva que alterações resultantes, essencialmente do tratamento cirúrgico, vão implicar preparação e elucidação da doente sobre de recurso a próteses e vestuário, com o objetivo de minimizar as alterações físicas que surgem. Os enfermeiros podem sugerir o uso de prótese capilares e familiarização com modos criativos de usar cachecóis e turbantes, contribuindo também diminuir a angústia da doente.

No âmbito das intervenções do tipo “Apoiar” o consenso verifica-se num nível elevado com um grau de concordância que oscila entre 94,4%-100%. A mediana e a moda centraram-se no *score* “concordo totalmente”, com um grau de dispersão baixo ($DP < 1,00$). Destaca-se a média superior ($\bar{X}=6,83$) e o menor desvio-padrão ($DP=0,383$) em relação à intervenção de enfermagem “*Apoiar a pessoa a identificar estratégias de coping eficazes*”, em comparação com as restantes ações de enfermagem (Tabela 32).

Tabela 32. Consenso das intervenções do tipo “Apoiar”.

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

A mulher vê-se confrontada com sucessivas adaptações aos diversos procedimentos terapêuticos, desenvolvendo na maioria dos casos, grande vulnerabilidade, realidade que nos remete para a necessidade de promover mecanismos de adaptação, nomeadamente o desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes (Vos, Visser, Garssen, Duivenvoorden & de Haes, 2006).

A intervenção de enfermagem no domínio do tipo “Assistir” apresenta um nível de consenso moderado, com um grau de concordância de 94,4%, em que a mediana e a moda se situam no *score* “concordo”, apresentando maior dispersão relativamente às intervenções anteriores ($DP > 1,00$) (Tabela 33).

Tabela 33. Consenso da intervenção do tipo "Assistir".

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
12. <i>Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do(s) membro(s) afetado(s).</i>	94,4	6,06	6	6	1,349

Após cirurgia à mama deve ser instituído um programa de exercícios focalizando o membro homolateral. Os enfermeiros devem empenhar-se na programação/implementação de exercícios sobretudo nas mulheres que foram submetidas a esvaziamento axilar, visando a prevenção do linfedema. O enfermeiro deve ser parte ativa no processo de aquisição de habilidades/capacidades das clientes, promovendo a integração e programação dos exercícios durante o cuidado diário,

potenciando a autonomia das doentes, a capacidade de gestão deste processo e promovendo o seu bem-estar.

Santos (2013) assinala, ainda, a importância da interligação entre o enfermeiro de cuidados gerais e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, no estabelecimento de uma intervenção estruturada durante este processo de transição saúde/doença, designadamente na valorização dos exercícios, colmatando as limitações sentidas no membro afetado, prevenindo e minimizando complicações, principalmente durante as atividades de vida diárias.

No tipo de ação “Encorajar” verificámos um consenso excelente no âmbito de “*Encorajar a expressão de emoções*” com um grau de concordância de 100%, uma mediana e moda centrado no “concordo totalmente” e ausência de dispersão (Tabela 34).

Tabela 34. Consenso das intervenções do tipo “Encorajar”.

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

Conforme já mencionámos anteriormente, diversos estudos evidenciam que a expressão emocional promove e induz benefícios na qualidade de vida, humor, menor nível de stresse e, conseqüentemente, melhor adaptação (Coward & Kahn, 2005; Sandgren & McCaul, 2007; National Breast Cancer Center and National Cancer Control Initiative, 2003; Compas & Luecken, 2002).

Lidar com emoções fortes como o medo, a tristeza ou a raiva, implica que o enfermeiro demonstre capacidade empática e utilize competências como a reflexão, a exploração, a validação, o apoio, o respeito e a aliança (Cardoso *et al.*, 2012). Fukui e colaboradores (2008) desenvolveram um estudo com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de formação em competências de comunicação para enfermeiros, visando a melhoria do *distress* psicológico e do *coping* em doentes com cancro, após ter sido comunicado o diagnóstico. Os resultados demonstraram a eficácia do programa “*Communication skill training*”, tendo sido demonstrada diminuição da ansiedade e da depressão e a melhoria do *coping* a longo prazo, aumentando significativamente o “espírito de luta” e diminuindo o “fatalismo”, por parte dos doentes.

Importa referir que o papel do enfermeiro, relacionado com a transmissão da informação, envolve o sentido de encorajar o doente a utilizar os seus próprios recursos. O facto de o doente aceitar suporte emocional também depende da perícia com que o profissional transmite essa disponibilidade e passando “... pelo conhecimento de que existem pessoas a quem se pode dirigir e que «estão lá» para o ajudar.” (Corney, 2000, p. 105).

Em relação ao padrão do sono, Nightingale (1989) salienta este deve ser preservado, sob o risco de se intensificar ou perpetuar, a “dor” e a “excitação cerebral” (p. 53). Neste pressuposto, devemos ajudar as doentes a identificar as causas e os fatores que prejudicam o sono, salvaguardando o sono repousante e reparador, o que diminui a fadiga e preserva a energia.

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

No âmbito das intervenções do tipo de ação “Ensinar” analisadas pelos peritos, verificámos um consenso elevado na maioria dos itens, com um grau de concordância entre 94,5%-100%, medianas e modas no *score* sete sendo baixo o grau de dispersão (DP<1,00). Fernandes (2009) salienta que as intervenções educacionais procuram promover o conhecimento, facilitando a compreensão da doença e tratamentos, por essa via, as capacidades de autogestão e autocuidado (Tabela 35).

Tabela 35. Consenso das intervenções do tipo “Ensinar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
20. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	100%	6,50	7	7	0,618
21. Ensinar a família (pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso.	94,5%	6,39	7	7	0,850
22. Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	100%	6,78	7	7	0,428
23. Ensinar estratégias para diminuir o linfedema.	100%	6,78	7	7	0,428
24. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	94,5%	6,33	7	7	0,907
25. Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	100%	6,78	7	7	0,428
26. Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	100%	6,72	7	7	0,575
27. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.	100%	6,61	7	7	0,608
28. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.	88,9%	6,11	7	7	1,568
29. Ensinar sobre o regime dietético.	100%	6,50	7	7	0,618
30. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	100%	6,72	7	7	0,461
31. Ensinar sobre técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	100%	6,61	7	7	0,502
32. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	100%	6,50	7	7	0,618

As estratégias de alívio dos sintomas associadas ao tratamento do cancro da mama proporcionam melhoria na função física e emocional (Ganz *et al.*, 2004), tendo os enfermeiros um papel fundamental na gestão dos efeitos secundários somáticos e psicossociais dos tratamentos.

Conforme referimos anteriormente, o linfedema do membro superior homolateral à cirurgia é uma das complicações após a cirurgia com esvaziamento ganglionar e a sua incidência varia entre 6 e 38% (Souza, Panobianco, Almeida, Prado & Santos, 2007), sendo necessário a implementação de intervenções preventivas que possam evitar e minimizar esta complicação.

Salienta-se que neste painel de intervenções apenas a intervenção de “*Ensinar sobre o autocontrolo da dor*” surge com consenso moderado, apresentando um grau de concordância 88,9%, uma mediana e moda centrada no *score* “concordo totalmente”. No entanto, apresenta um maior grau de dispersão ($DP > 1,00$).

O estudo desenvolvido por Al-Atiyyat (2009) focalizou as correlações entre a dor oncológica, as estratégias de *coping* e a qualidade de vida, tendo por base uma teoria de médio alcance de adaptação à dor do câncer, derivada do Modelo de Adaptação de Roy. Concluiu que as estratégias desenvolvidas no processo de *coping* vão atuar como um mediador entre a qualidade de vida e a dor. O autor salienta que os enfermeiros devem estar despertos para promover estratégias que diminuam a dor no doente oncológico.

Em relação às intervenções inscritas no tipo de ação “Envolver” o consenso foi elevado, situando-se ao nível de concordância entre 94,4% e 100%, com medianas centradas entre o *score* seis e sete e as modas no *score* sete, com baixo grau de dispersão ($DP < 1,00$) (Tabela 36).

Tabela 36. Consenso das intervenções do tipo “Envolver”.

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

Salienta-se que a intervenção “*Envolver a pessoa no plano de cuidados*” apresenta uma média superior ($\bar{X}=6,83$) em comparação com os outros itens neste eixo e um desvio-padrão reduzido ($DP=0,383$).

O conceito de envolvimento é uma das propriedades da transição da teoria de (Meleis, 2010), indissociável da propriedade de consciencialização. Segundo esta teoria, o envolvimento, expressa a

ideia de participação ativa e empenhada no processo de transição. Apesar desta propriedade ser influenciável por outras variáveis, como os recursos disponíveis ou o suporte social, a adoção de um ajustamento individual proactivo, a preparação antecipada para lidar com o evento, constituem exemplos de envolvimento (Brito, 2013), potenciando benefícios para o próprio.

No que respeita à única intervenção do tipo “Estabelecer” verificámos um consenso elevado, com um grau de concordância de 100%, uma mediana e moda no *score* “concordo totalmente” e um baixo grau de dispersão ($DP < 1,00$) (Tabela 37).

Tabela 37. Consenso da intervenção do tipo “Estabelecer”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
38. <i>Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).</i>	100%	6,56	7	7	0,705

Segundo Pinto (2009, p. 79), o estabelecimento de um plano é uma estratégia que “*congrega esforços, possibilitando a organização e coordenação quanto às metas a atingir e os meios mais apropriados para as concretizar, promovendo a confiança da mulher na equipa*”.

Na intervenção de enfermagem englobada no tipo de ação “Facilitar” obtivemos do painel de peritos um consenso elevado, com um grau de concordância 100%, uma mediana e moda situada no *score* seis, sendo baixo o grau de dispersão ($DP < 1,00$) (Tabela 38).

Tabela 38. Consenso da intervenção do tipo " Facilitar".

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
39. <i>Facilitar a participação da família (pessoas significativas) no processo de tomada de decisão.</i>	100%	6,06	6	6	0,725

A família e os amigos também são emocionalmente afetadas pelo diagnóstico, enfrentando as suas próprias dificuldades. No entanto, poderão constituir fonte de suporte, proporcionando apoio emocional, potenciando os vínculos e a comunicação, nos cuidados físicos e promovendo ajuda e o seu envolvimento nas tomadas de decisão sobre o tratamento (Ogden, 2004; Malak & Gümus, 2009). De acordo com Meleis e colaboradores (2000), o apoio da família é um condicionalismo relevante das transições, pelo que urge facilitar a participação da família.

No âmbito das intervenções do tipo “Incentivar” o consenso foi elevado, com um grau de concordância que oscila entre 88,9% a 100%, com medianas e modas centradas entre o *score* seis e sete, com graus de dispersão reduzido ($DP < 1,00$). Destaca-se a intervenção de enfermagem “*Incentivar a autonomia no autocuidado*” com média superior e desvio-padrão inferior comparativamente com as outras intervenções ($\bar{X} = 6,83$; $DP = 0,383$) (Tabela 39).

Tabela 39. Consenso das intervenções do tipo “Incentivar”.

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

No contexto recente, face à evolução da ciência médica e a variáveis de ordem economicista, o tempo de internamento tende a ser cada vez mais reduzido. Este facto acarreta que os enfermeiros programem cuidados que visem a promoção da autonomia e independência dos doentes, potenciando o autocuidado, num curto espaço de tempo (Costa, 2011). Promover o autocuidado pode, mesmo, ser entendido como um dos desígnios da enfermagem (Orem, 1993).

Foram apresentados aos peritos, no estudo de *Delphi*, dez intervenções do tipo “informar” (Tabela 40).

Tabela 40. Consenso das intervenções do tipo "Informar".

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

Em relação ao domínio do “Informar”, constatámos um consenso moderado, nomeadamente nas três seguintes intervenções:

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

Em relação às outras sete intervenções constata-se um consenso elevado, com um grau de concordância entre 94,4%-100%, medianas e modas situadas no *score* “concordo totalmente” e baixo grau de dispersão (DP<1,00). Destacámos a intervenção “*Informar sobre a importância da realização de exames no follow-up (autoexame, mamografia, ecografia)*”, com uma média superior (\bar{X} =6,89) e um desvio-padrão mais reduzido (DP=0,323).

A ação de “informar” tem implicações na adaptação, favorecendo uma maior capacitação para enfrentar a situação de doença e mais confiança depositará na equipa de saúde, o que também beneficiará a adesão ao tratamento (Venâncio, 2004). Schumacher & Meleis (1994) mencionam que quando num novo percurso de vida são necessários conhecimentos e capacidades suplementares, será necessário fornecer informação que facilite o processo de consciencialização, seja proporcionada a aprendizagem de novas habilidades e competências, sendo estas ações englobadas e enunciadas como uma terapêutica de enfermagem e designada por *role supplementation*.

Dentro do conceito proposto por Schumacher e Meleis (1994) também se inscrevem, entre outras, as intervenções do tipo instruir.

No âmbito do “Instruir” obtivemos um consenso moderado em relação “*Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s)*”, apresentando um grau de concordância 94,5%, uma mediana e moda no *score* sete e com maior grau de dispersão (DP>1,00). Em relação à intervenção “*Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)*” o consenso foi elevado, verificando-se um grau de concordância de 100%, uma mediana e moda no *score* sete e um baixo grau de dispersão (DP<1,00) (Tabela 37).

Tabela 41. Consenso das intervenções do tipo "Instruir".

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
64. <i>Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).</i>	100%	6,72	7	7	0,575
65. <i>Instruir técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).</i>	94,5%	6,28	7	7	1,447

A preparação do regresso a casa deve ser planeada, assegurando que as mulheres sejam instruídas sobre os exercícios a efetuar, tendo por base o tipo de cirurgia realizada, sendo imprescindível o treino dos exercícios de forma a prevenirem as complicações e permitirem a recuperação da capacidade funcional do membro afetado (Costa, 2011; Santos, 2013).

A intervenção que se insere no tipo de ação “Orientar” tem um consenso elevado, com um grau de concordância 94,5%, uma mediana e moda no *score* sete e um baixo grau de dispersão (DP<1,00) (Tabela 42).

Tabela 42. Consenso da intervenção do tipo “Orientar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
66. <i>Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de autoajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).</i>	94,5%	6,22	6,50	7	0,943

As atividades desenvolvidas em grupo ajudam a mulher a melhorar a autoestima e contribuem para uma melhor qualidade de vida (Pereira, Rosenhein, Bulhosa, Lunardi, & Filho, 2006). Os grupos de apoio, de acordo com Meleis e colaboradores (2000), são recursos externos aos clientes que podem condicionar as transições.

No âmbito do tipo de ação “Planear”, a intervenção “*Planear visitas domiciliárias*” obteve consenso moderado, apresentando um grau de concordância 89%, uma mediana e moda no *score* sete e com maior grau de dispersão (DP>1,00). A intervenção “*Planear consultas (presenciais ou telefónicas)*” obteve um consenso elevado, com um grau de concordância 94,5%, uma mediana e moda no *score* sete e um baixo grau de dispersão (DP<1,00) (Tabela 43).

Tabela 43. Intervenção de enfermagem do tipo: “Planear”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
67. <i>Planear consultas (presenciais ou telefónicas).</i>	94,5%	6,50	7	7	0,857
68. <i>Planear visitas domiciliárias.</i>	89%	5,89	7	7	1,605

O planeamento visitas domiciliárias, de consultas presenciais ou por telefone, vai permitir que o enfermeiro avalie e monitorize o curso da transição, constituindo, também, um suporte essencial para a doente e para os membros da família. O contacto telefónico deve ser incentivado e tem sido um recurso utilizado em diversos programas de intervenção de enfermagem, em mulheres com cancro da mama, com repercussões favoráveis na adaptação (Coleman *et al.*, 2005; Park, Bae, Jung & Kim, 2012; Sherman *et al.*, 2012).

Relativamente à intervenção de enfermagem que se inscreve no tipo de ação “Providenciar”, constatámos um consenso elevado, com um grau de concordância 100%, mediana e moda no *score* sete e um baixo grau de dispersão (DP<1,00) (Tabela 44).

Tabela 44. Consenso da intervenção do tipo “Providenciar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
69. <i>Providenciar material educativo (p. ex. guias, panfletos, vídeos).</i>	100%	6,78	7	7	0,428

O recurso a material educativo é uma estratégia frequentemente utilizada em diferentes programas de intervenção de enfermagem, em mulheres com cancro da mama, com resultados benéficos em relação à adaptação, ao longo das diferentes fases do processo de doença (Coleman *et al.*, 2005; Park, Bae, Jung & Kim, 2012; Sherman *et al.*, 2012).

A utilização de brochuras permitem enunciar informações generalizadas ou direcioná-las a informação mais específica. A sua aplicação pode ainda favorecer a troca de informação ou dinamizar e centrar a discussão em torno da mesma, favorecendo a relação terapêutica e a assimilação dessa mesma informação (Corney, 2000).

Relativamente à intervenção de enfermagem que integra o tipo de ação “Referir”, verificámos um consenso elevado com um grau de concordância 94,5%, uma mediana e moda no *score* sete e um baixo grau de dispersão (DP<1,00) (Tabela 45).

Tabela 45. Consenso da intervenção do tipo "Referir".

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
70. <i>Referir para profissional de saúde (psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).</i>	94,5%	6,44	7	7	0,856

O facto do enfermeiro detetar atempadamente que a doente necessita de encaminhamento para outro profissional de saúde, pode constituir um suporte adicional, com efeito favorável na continuidade de cuidados e, assim, na qualidade de vida das doentes (Gümüs & Çam, 2008).

No tipo de ação “Supervisionar” as intervenções de enfermagem obtiveram consenso moderado, apresentando um grau de concordância que oscila entre 89%-94,5%, medianas e modas no *score* sete e com maior grau de dispersão (DP>1,00). Na CIPE® (ICN, 2011, p. 99) supervisionar consiste em “(...)inspeccionar o progresso de alguém ou alguma coisa.”, sendo fundamental que o enfermeiro, em cada fase da doença, ensine e instrua o doente, permita que este treine e, em simultâneo, que o enfermeiro supervisione. Esta sequência permitirá que o enfermeiro estruture as suas intervenções sequencialmente e consiga avaliar os resultados (Tabela 46).

Tabela 46. Consenso das intervenções do tipo “Supervisionar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
71. <i>Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).</i>	89%	6,17	7	7	1,098
72. <i>Supervisionar técnica de exercício do(s) membro(s) afetado(s).</i>	94,5%	6,17	7	7	1,465

No tipo de ação “Treinar” as intervenções de enfermagem obtiveram, por parte do painel de peritos, um nível de consenso moderado, apresentando um grau de concordância de 94,5%, medianas e modas no *score* sete e um grau de dispersão assinalável ($DP > 1,00$). Principalmente na mulher submetida mastectomia com esvaziamento, o processo de consolidação de conhecimentos pode ser potenciado com o treino de capacidades, sendo necessário um processo alicerçado na informação, instrução e repetição (Costa, 2011). Treinar visa a capacitação e consolidação de competências instrumentais, algo muito característico das terapêuticas de enfermagem (Tabela 47).

Tabela 47. Consenso das intervenções do tipo “Treinar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
73. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	94,4%	6,22	7	7	1,478
74. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	94,5%	6,33	7	7	1,455

Os resultados alcançados na primeira ronda do estudo de *Delphi* permitiram inferir que das 74 intervenções apresentadas aos peritos, 64 tiveram consenso elevado e 10 moderado. Para além disso, emergiram cinco novas intervenções sugeridas pelos peritos (Tabela 48).

Tabela 48. Novas intervenções de enfermagem sugeridas pelos peritos no Questionário *Delphi* – 1.ª Ronda.

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

Tendo por base as cinco intervenções emergentes, que considerámos apresentar conteúdo teórico muito pertinente, elaborámos o segundo questionário, efetuando uma segunda ronda para percebermos o nível de concordância em relação a essas cinco intervenções, uma vez que as 74 intervenções incluídas na primeira ronda obtiveram consenso. Os peritos foram convidados a integrar a segunda ronda do questionário. Posteriormente, analisámos o nível de concordância e o consenso obtido, relativo às intervenções sugeridas.

No que concerne às novas intervenções de enfermagem do tipo de ação “Ensinar” verificámos um consenso moderado na área de “Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre estratégias de apoio”, com um grau de concordância de 89%, uma mediana e moda centrado no *score* “concordo totalmente”, com um grau de dispersão ($DP > 1,00$). Relativamente à intervenção “Ensinar estratégias de prevenção do linfedema”, verificámos um consenso elevado, com um grau de concordância de 100%, uma mediana e moda situada no *score* “concordo totalmente” e um grau de dispersão reduzido ($DP < 1,00$) (Tabela 49).

Tabela 49. Consenso sobre as “novas” intervenções do tipo “Ensinar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
76. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre estratégias de apoio.	89 %	6,28	7	7	1,364
77. Ensinar estratégias de prevenção do linfedema.	100%	6,56	7	7	0,705

Greenslade & House (2006) referem que a inexistência de programas educativos eficazes, dirigidos à prevenção do linfedema, assim como a falta de apoio, mesmo após intervenção, tem repercussões desfavoráveis na mulher com cancro da mama, designadamente a sensação de isolamento e de abandono. Sneddon & Lewis (2007) salientam que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada, em relação ao ensino sobre a prevenção do linfedema e, conseqüentemente, na promoção do autocuidado. As ações que implementámos podem potenciar o conhecimento das doentes, capacitando-as para assumir o controlo sobre a prevenção do linfedema e saber como atuar se alguma alteração ocorrer.

Relativamente à intervenção no tipo de ação “Informar”, o nível de consenso é elevado, com um grau de concordância de 100% em que a mediana e a moda se situam no *score* “concordo totalmente”, apresentando um baixo grau de dispersão ($DP < 1,00$) (Tabela 50).

Tabela 50. Consenso sobre as “novas” intervenções do tipo “Informar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
78. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre a importância do seu apoio na gestão da doença.	100%	6,67	7	7	0,594

O enunciado da intervenção, em rigor, traduz uma intencionalidade, o que faz parte das terapêuticas de enfermagem (Meleis, 2010). Com efeito, o suporte social familiar é uma variável importante na adaptação ao cancro da mama, sendo fundamental o envolvimento da família no processo. No cancro da mama, Keitel e Kopala (2000) salientam que um estilo de comunicação menos interativo entre o parceiro e a doente ou a vivência de relações disfuncionais na esfera familiar, são razões que apontam para um pior ajustamento.

Em relação à nova intervenção de enfermagem do tipo de ação “Promover” verifica-se um consenso moderado, com um grau de concordância de 94,4%, uma mediana e moda no *score* “concordo”, no entanto, com um grau de dispersão assinalável ($DP > 1,00$) (Tabela 51).

Tabela 51. Consenso sobre as “novas” intervenções do tipo “Promover”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
79. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências.	94,4%	6,11	6	6	1,410

Promover a dinâmicas de formação em grupo com pessoas que experienciam situações ameaçadoras da saúde são de reconhecido potencial terapêutico, beneficiando a promoção do suporte social, estratégias de *coping* e melhoria do bem-estar emocional (Guerra & Lima, 2005; Vos, Visser, Garssen, Duivenvoorden & de Haes, 2006).

Relativamente à nova intervenção de enfermagem do tipo “*Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.*” verificou-se um consenso moderado, com um grau de concordância 94,5%, uma mediana e moda centrada no *score* “concordo totalmente”. No entanto, com uma dispersão assinalável ($DP > 1,00$) (Tabela 52).

Tabela 52. Consenso sobre as “novas” intervenções do tipo “Apoiar”.

	Concordância (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio-padrão
75. <i>Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.</i>	94,5%	6,22	7	7	1,309

O sentido da vida é um aspeto que “... *varia de pessoa para pessoa, de dia para dia e de hora para hora.*” (Frankl, 2012, p. 110). É muito importante para a qualidade de vida e, mesmo que a situação não possa ser alterada, pode escolher-se a atitude perante a mesma, na tentativa de se alcançar o melhor (Frankl, 2012; Oliveira, 2004) e tentar conquistar um significado para a adversidade. Esta variável está relacionada com melhor saúde, bem-estar e melhor ajustamento à situação de doença (Kleftaras & Psarra, 2012; Skrabasi, Kopp, Rózsa, Réthelyi & Rahe, 2005; Sherman & Simonton, 2012), constituindo também um dos pilares da resiliência (Marcos, 2011). Por vezes, os doentes com cancro tentam encontrar um sentido e significado positivo para o sucedido e um novo sentido para a sua vida, permitindo-lhe viver melhor e manter a esperança num futuro positivo (Ferreira, 2006). Oliveira (2004) referenciando Nietzsche, salienta que “*quem tem um porquê viver, pode de algum modo suportar qualquer como viver*” (p. 162).

O recurso à técnica de Delphi possibilitou a integração e a sinergia de ideias e opiniões entre os peritos, permitindo, no final das duas rondas, validar as 74 intervenções de enfermagem, emergentes das etapas anteriores e integrar cinco novas intervenções. Na primeira ronda, as intervenções foram consideradas críticas e passíveis de serem implementadas, visto que a larga maioria obteve um consenso elevado e as restantes um consenso moderado. Na segunda ronda, das cinco novas intervenções de enfermagem acrescentadas três alcançaram consenso moderado e duas consenso elevado, enriquecendo assim o painel de intervenções.

Assim, culminámos com 79 intervenções de enfermagem baseadas na convergência e complementaridade dos resultados obtidos nas diferentes etapas da investigação. Na globalidade, do painel de intervenções, constatámos a existência de ações promotoras do processo de adaptação nos seguintes domínios: “*Aconselhar*”, “*Apoiar*”, “*Assistir*”, “*Encorajar*”, “*Ensinar*”, “*Envolver*”,

“*Estabelecer*”, “*Facilitar*”, “*Incentivar*”, “*Informar*”, “*Instruir*”, “*Orientar*”, “*Planear*”, “*Promover*”, “*Providenciar*”, “*Referir*”, “*Supervisionar*” e “*Treinar*”. A cada uma destas ações estão associadas intervenções específicas que potenciarão o processo de adaptação da mulher com cancro da mama.

Importa ressaltar que o Modelo de Adaptação de Roy constituiu um referencial teórico importante no desenvolvimento da investigação em curso e no modo como inscrevemos o conceito de adaptação na visão de enfermagem. Este modelo teórico ajudou-nos a refletir os resultados alcançados e a interpretar os mesmos. Constituindo o objetivo da enfermagem a promoção da adaptação com sucesso e sendo esta focalizada no resultado, refletindo o comportamento do indivíduo; tendo por base quatro modos adaptativos: fisiológico, autoconceito, função de papéis e interdependência (Roy & Andrews, 2001), verificámos que confluíram intervenções pertinentes na promoção da adaptação à nova condição de saúde e que podem ser associadas a cada um dos quatro modos adaptativos. Designadamente no modo adaptativo fisiológico (ex. prevenção do linfedema), no modo adaptativo de autoconceito (ex. imagem corporal), no modo adaptativo de função na vida real (ex. mudanças nos papéis), e no modo interdependência (ex. comportamento interativo). Enfatizámos, ainda, as intervenções no domínio do envolvimento à família/pessoa significativa, terapias de grupo e o acompanhamento através de consultas presenciais e/ou telefónicas que promovem o suporte social e permitem um acompanhamento de proximidade, visando assim a promoção e reabilitação da saúde da mulher com cancro de mama.

Conclusão

A investigação desenvolvida de cariz exploratório e qualitativo permitiu-nos, indutivamente, organizar, estruturar e extrair significado dos dados recolhidos e, fundamentalmente, circunscrever ações específicas de enfermagem no âmbito da promoção da adaptação da mulher com cancro da mama.

Ao longo das diferentes etapas de investigação desenvolvidas, tendo por base a convergência e complementaridade dos resultados obtidos, foi possível identificar 79 intervenções de enfermagem, promotoras da adaptação, direcionadas a mulheres com cancro da mama.

As intervenções de enfermagem que foram identificadas como promotoras de uma transição saudável centram-se nos domínios de ação: aconselhar, apoiar, assistir, encorajar, ensinar, envolver, estabelecer, facilitar, incentivar, informar, instruir, orientar, planear, promover, providenciar, referir, supervisionar e treinar. A cada uma destas agregam-se as intervenções associadas.

Face ao estado e o alcance da pesquisa efetuada e tendo por base que a pesquisa qualitativa exploratória se destina a compreender como é que o fenómeno se manifesta, alicerçando também os processos subjacentes (Polit & Beck, 2011), julgámos pertinente avançar com uma nova etapa de investigação, com o intuito de complementar o trabalho desenvolvido, mas focalizando um perfil quantitativo e alargado.

Com os resultados obtidos nesta etapa prosseguiremos o estudo, auscultando um grupo alargado de enfermeiros com experiência profissional no domínio da doença oncológica e que prestam cuidados diretos às mulheres com cancro da mama, submetendo o conjunto de 79 intervenções promotoras da adaptação à doença oncológica mamária à sua “avaliação”.

Referências Bibliográficas

- Al-Atiyyat, N. (2009). *Pain, coping strategies, and quality of life in Arab American cancer patients*. Wayne State University .
- American Cancer Society. (2013). Cancer facts and figures. Disponível em: cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036845.pdf.
- Amorim, C. (2007). *Doença Oncológica da Mama Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. (Tese de Doutoramento) Universidade do Porto. Porto.
- Antoni, M. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30(Suppl), S88-S98.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (3 ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion A Practical Guide to Psycho-Oncology* (3 ed.). England : John Wiley & Sons, Ltd.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.
- Brito, A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem* (5 ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Caldas, A. (2013). *Uma visita politicamente incorrecta ao cérebro humano*. Lisboa: Guerra e Paz.
- Cardoso, R, [Coord.] (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Coleman, E., Tulman, L., Samarel, N., Wilmoth, M., Richel, L., Richel, L., & Stewart, C. (2005). The Effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the Year Following Diagnosis. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 822-829.
- Compas, B., & Luecken, L. (2002). Psychological Adjustment to Breast cancer. *American Psychological Society*, 11(3), 111-114.
- Corney, R. (2000). *Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Costa, I. (2011). *Mulheres mastectomizadas: acesso à informação e aprendizagem de capacidades*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

- Coward, D., & Kahn, D. (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *J Holist Nurs*, 23(3), 264-283.
- Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dosser, I., & Dallas, L. (2008). Cochrane Database Of Systematic Reviews . Obtido de Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer.: <http://www.thecochranelibrary>
- Estapé, T. (2001). Disfunções sexuais em pacientes de cancro. Em M. Dias, & E. Durá, *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 481-492). Lisboa: Climepsi.
- Fawzy, F. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *Eur J Cancer*, 35, 1559-64.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Arndt, L., & Pasnau, R. (Feb de 1995). Critical Review of Psychosocial Interventions in Cancer Care. *Arch Gen Psychiatry*, 2, 100-13.
- Fernandes, S. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro da Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Braga: Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- Ferreira, L., (2006). *Emoções e estratégias de coping face ao diagnóstico de doença oncológica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., . . . Larochelle, M. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 30(2), 145-159.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Frankl, V. (2012). *O Homem em Busca de um Sentido* (1 ed.). Alfragide: Lua de Papel.
- Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003). The Effect of a Psychosocial Group Intervention on Loneliness and Social Support for Japanese Women With Primary Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), 823-830.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychologic distress and coping. *Cancer*, 113(6), 1462-1470.
- Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B., . . . Belin, T. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-377.
- Greenslade, M., & House, C. (2006). Living with lymphedema: a qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 16(3), 165-179.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Gümüs, A., & Çam, O. (2008). Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 9(4), 691-697.
- Helgeson, V. (2005). Recent Advances in Psychosocial Oncology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 268-271.
- Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para terapeutas clínicos. Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. (3 ed.). Loures: Lusociência.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0* (CIPE® versão 2- Tradução oficial Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ISO International Standard (2014). *ISO 18104: Health informatics – Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*.
- Jennings-Sanders, A., Kuo, Y., Anderson, E., & Freeman, J. (2005). How Do Nurse Case Managers Care for Older Women With Breast Cancer? *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 625-632.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kärki, A. (2005). *Psyiotherapy for the functioning of breast cancer patients. Studies of the effectiveness of psyiotherapy methods and exercise of the content and timing of postoperative education and of the experienced functioning and disability* (Academic dissertation). University of Ivväskvlä. Ivväskvlä.
- Kayo, E., & Securato, J. (1997). Método delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, 1(4), 51-61.

- Keitel, W., & Kopala, M. (2000). *Counseling Women With Breast Cancer. A Guide for Professionals*. United States of America: Sage Publications.
- Kirk, M., & Hudis, C. (2008). Insight into barriers against optimal adherence to oral hormonal therapy in women with breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 155-161.
- Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study. *Psychology*, 3(4), 337-345.
- Knobf, M. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-73.
- Lauridsen, M., Christiansen, P., & Hesso, I. (2005). The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncologica*, 44(5), 449-457.
- Lee, S., Back, A., Block, S., & Stewart, S. (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 1, 464-483.
- Liu, L., Li, C., Tang, S., Huang, C., & Chiou, A. (2006). Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*, 29(4), 273-282.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*, 90(10), 2164-2174.
- Malak, A., & Gümüş, A. (2009). Nursing Interventions and Factors Affecting Physical, Psychological and Social Adaptation of Women With Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10(1), 173-176.
- Marcos, L. (2011). *Superar a adversidade o poder da resiliência*. Lisboa: Planeta.
- McIntyre, T., Fernandes, S., & Pereira, M. (2002). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 281-301). Lisboa: Climepsi.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and progress* (4 ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (Sep de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Melo, M. (2005). *A Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Miaskowski, C., Shockney, L., & Chlebowski, R. (2008). Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 213-221.
- Moreno-Casbas, T. (2001). Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 857-863.
- Morse, J., & Field, P. (1998). *Nursing Research: the application of a qualitative approaches* (2 ed.). London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- National Breast Cancer Centre. (2000). *Specialist breast nurses: an evidence-based model for Australian practice specialist breast nurse project team*. Australia: National Breast Cancer Centre.
- National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Camperdown: NSW.
- National Breast Centre Advanced Breast Cancer Working Group. (2001). *Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer*. Australia: AusInfo.
- National Health Service Cancer Screening Programmes. (2008). *Quality Assurance Guidelines for Clinical Nurse Specialists in Breast Cancer Screening*. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Nogueira, M., Azeredo, Z., & Santos, A. (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(4), 749-759.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama (1º ed.)*. Lisboa: Climepsi.
- Okoli, C., & Pawlowski, S. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15-29.
- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva (1 ed.)*. Porto: ASA.

- Oliveira, M., Castro, S., Almeida, S., & Moutinho, S. (2012). *Cancro, Vidas em Reconstrução. Uma Abordagem Psicológica à Doença, suas Problemáticas e Emoções*. Livpsic: Porto.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermaria.
- Oz, F., Dil, S., Inci, F., & Kamisli, S. (2012). Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey. *Cancer Nursing*, 35(4), 27-34.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., . . . Martins-da-Silva, A. (2006). Estrutura da boa vida em pessoas com doença crónica. In Instituto Superior de Psicologia Aplicada. *Psicologia da saúde: género e saúde* (pp. 137-146). Lisboa: ISPA.
- Park, J., Bae, S., Jung, Y., & Kim, K. (Jan-Feb de 2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nursing*, 35(1), 34-41.
- Pereira, S., Rosenhein, D., Bulhosa, M., Lunardi, V., & Filho, W. (nov-dez de 2006). Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 791-795.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, C., & Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade! *Texto contexto - Enfermagem*, 16(1), 142-148.
- Pinto, M. (2009). *As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem (7ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização (5 ed.)*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde (1º ed.)*. Coimbra: Quarteto.
- Ritz, L., Nissen, M., Swenson, K., Farrell, J., Sperduto, P., Sladek, M., . . . Schroeder, L. (Jul de 2000). Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 27(6), 923-932.
- Rodrigues, T. (2012). *Mulheres submetidas a cirurgia da mama: importância de um programa de intervenção de enfermagem de reabilitação*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Sampaio, D. (2008). *a razão dos avós*. Lisboa: Caminho.
- Sandgren, A., & McCaul, K. (2007). Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(1), 38-47.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica representação, coping e qualidade de vida (1 ed.)*. Coimbra: Formasau.
- Santos, L., Tavares, G., & Reis, P. (2012). Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama. *Esc Anna Nery*, 16(3), 459-465.
- Santos, S. (2013). *Contributo de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Transição da Mulher Mastectomizada*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Scarpato, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., & Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas ne enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1), 242-251.
- Schneider, S., & Hood, L. (2007). Virtual reality: A distraction intervention for chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 39-46.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias (3 ed.)*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Sherman, A., & Simonton, S. (2012). Effects of personal meaning among patients in primary and specialized care: association with psychosocial and physical outcomes. *Psychology & Health*, 27(4), 475-490.
- Sherman, D., Haber, J., Hoskins, C., Budin, C., Maislin, G., Shukla, S., . . . Roth, A. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-15.

- Skrabsi, A., Kopp, M., Rózsa, S., Réthelyi, J., & Rahe, R. (2005). Life meaning: an important correlate of health in the hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 78-85.
- Sneddon, M., & Lewis, M. (Jan 25-Feb 7 de 2007). Lymphoedema: a female health issue with implications for self care. *Br J Nurs.*, 16(2), pp. 76-81.
- Sousa, P. (2006). *Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.
- Souza, V., Panobianco, M., Almeida, A., Prado, M., & Santos, M. (2007). Fatores predisponentes ao linfedema de braço referidos por mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15(1), 87-93.
- Spiegel, D. (1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66(6 Suppl), 1422-1426.
- Stang, I., & Mittelmark, M. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry*, 17(1), 46-56.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., & Huggins, E. (2002). The first year after breast cancer diagnoses: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., . . . Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stanton, A., Ganz, P., Rowland, J., Meyerowitz, B., Krupnick, J., & Sears, S. (2005). *Promotion Adjustment after Treatment for Cancer*. University of California . Los Angeles: American Cancer Society.
- Taylor, S., Lichtman, R., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- Thiry-Cherques, H. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empirica de dimensionamento. *PMKT*, 3(1).
- Vala, J. (1986). Análise de conteúdo. In A. Santos, & J. Madureira, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 28-101). Porto: Afrontamento.
- Venâncio, J. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis Doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.
- Vos, P., Visser, A., Garssen, B., Duivenvoorden, H., & de Haes, H. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 212-219.
- World Health Organization. (2013). *Latest world cancer statistics - Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed*. International Agency for Research on Cancer - Press release. Disponível em: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf
- Wright, J., & Giovinazzo, R. (2000). Delphi uma ferramenta de apoio ao planeamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(12), 54-65.
- Yoo, M., Lee, H., & Yoon, J. (2009). Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Journal Of Korean Academy Of Nursing*, 39(2), 157-165.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P., & Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.

Capítulo V

Estudo de consenso sobre o painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária

Assim como o paciente não pode mover uma perna fraturada, também não pode mudar seus pensamentos se um auxílio externo não lhe for oferecido.

Nightingale (1989)

Introdução

Sendo a enfermagem uma disciplina orientada para a prática, daqui resulta que os estudos desenvolvidos se fundamentem nos resultados, nos processos envolvidos, nas ações intencionais e estejam imbuídos no conhecimento empírico e do cotidiano clínico (Basto, 2012). Neste sentido, progredimos com a investigação submetendo as intervenções de enfermagem selecionadas, resultantes da investigação descrita no capítulo anterior, e que potencialmente induzem adaptação da mulher ao cancro da mama, à avaliação de enfermeiros que na prática profissional diária prestam cuidados a estas mulheres.

O cuidar de enfermagem pode constituir-se determinante na adaptação das mulheres com cancro da mama, sendo essencial implementar intervenções que promovam à adaptação à doença e suas consequências.

Basto (2012) enfatiza que a prática profissional é uma atividade com sentido, dinâmica, datada, organizada segundo regras e princípios e que visa obter um resultado, mas também é incerta e imprevisível. A atividade prática é valorizada pelos atos envolvidos, pelo agir e/ou pelo resultado que produz. Consequentemente é essencial clarificar o que é próprio da disciplina, importando compreender, identificar e demonstrar o saber construído e utilizado na prática quotidiana dos enfermeiros, particularmente dos enfermeiros que lidam com mulheres com cancro da mama.

A conceção do cuidar de enfermagem alicerça-se no processo de pensamento e de decisão do enfermeiro, sendo demonstrado na intervenção ou terapêutica desenvolvida com o doente, visando ajudá-lo na adaptação aos processos de saúde e de doença, contribuindo para o seu bem-estar (Bastos, 2005; Vieira, 2009). Na presença de uma disciplina impregnada na prática, urge desenvolver processos de investigação que poderão potenciar

o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, no desígnio de uma estreita relação entre a teoria, prática e investigação (Pereira, 2009; Basto, 2012). Nomeadamente, formalizar conhecimento enraizado no quotidiano, como meio de promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes.

Na sequência dos pressupostos descritos, avançamos com um processo de validação do painel de intervenções de enfermagem emergentes do estudo anterior e que tendo em consideração a visão daqueles que, diariamente, cuidam das mulheres com cancro da mama.

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo consensualizar um painel de intervenções de enfermagem potencialmente promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama.

Método

Recorremos a uma metodologia quantitativa, no sentido de obtermos um consenso de perfil alargado junto de enfermeiros que prestam cuidados a mulheres com cancro da mama. O processo de identificação das intervenções de enfermagem a submeter a consenso decorreu ao longo de cinco etapas, descritas no capítulo anterior, designadamente: 1) análise crítica das inter-relações entre as classificações de enfermagem (NANDA/NIC/NOC), tendo por base o instrumento de medida construído para monitorizar a adaptação da mulher ao cancro da mama; 2) revisão da literatura; 3) análise documental a registos de enfermagem; 4) entrevistas a enfermeiros que exercem funções assistenciais com mulheres com cancro da mama; 5) estudo de *Delphi*, com um painel de peritos. Tendo por base o conjunto das 79 intervenções resultantes das etapas descritas anteriormente, neste capítulo focar-nos-emos na produção um consenso alargado sobre tais intervenções.

Assim, na complementaridade do trabalho anteriormente desenvolvido, submetemos o conjunto de intervenções promotoras da adaptação à doença oncológica mamária à avaliação de um grupo alargado de enfermeiros com experiência profissional na área em estudo e que prestam cuidados diretos a mulheres com cancro da mama.

Selecionámos o questionário como instrumento de recolha de dados. Elegemos quatro instituições de saúde de âmbito nacional para aplicação dos questionários. As instituições destacam-se pela excelência no tratamento prestado aos doentes oncológicos, bem como

pelos profissionais de enfermagem terem uma ampla experiência na prestação dos cuidados a mulheres com cancro da mama.

Após as respetivas autorizações dos presidentes dos Conselhos de Administração das referidas instituições, iniciámos a recolha de dados (Anexo VI). Seleccionámos os seguintes serviços: internamento de cirurgia, hospital de dia, serviço de ambulatório, designadamente a clínica de mama e o centro de mama, e o serviço de radioterapia.

A população alvo englobou todos os enfermeiros que prestam cuidados a doentes com cancro de mama, nas referidas instituições. Esta população está estimada em 273 enfermeiros. A amostra foi constituída pelos enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nos serviços seleccionados e que aceitaram preencher o questionário, perfazendo um total de 140 respondentes.

A amostra foi de conveniência porque envolveu "... de entre toda a população, as pessoas mais acessíveis..." (Hicks, 2006, p. 26). Apenas os enfermeiros que aceitaram participar no estudo, preencheram o questionário. Apresentámos as características sociodemográficas e clínicas da amostra reunidas na tabela 53.

Tabela 53. Consenso sobre as "novas" intervenções do tipo "Ensinar".

		n (n=144)*	%	\bar{x}	DP
Idade		140		34	8
Sexo	Masculino	12	9%		
	Feminino	128	91%		
Experiência Profissional em anos				12	8
Grau Académico	Grau de Bacharelato em Enfermagem	3	2%		
	Licenciatura em Enfermagem	109	78%		
	Formação pós-graduada em enfermagem	18	13%		
	Grau de Mestre	13	9%		
	Grau de Doutor	1	0,7%		
Categoria Profissional	Enfermeiros Generalistas	89	63,6%		
	Enfermeiros Graduados	40	28,6%		
	Enfermeiros Especialistas	7	5%		
	Enfermeiros Chefes	2	1,4%		
Serviço	Cirurgia	90	64,3%		
	Hospital de Dia	25	17,9%		
	Ambulatório	15	10,7%		
	Outros	10	7,1%		

*Existem valores omissos "missing values" em algumas variáveis

Os questionários foram entregues presencialmente ao enfermeiro chefe ou ao enfermeiro responsável de cada serviço, que se disponibilizaram a distribuí-los, proceder à recolha dos mesmos e a sensibilizar os enfermeiros para o preenchimento.

O questionário foi composto por uma nota introdutória, onde resumidamente foi explicada a temática do estudo, foram facultadas instruções para o preenchimento do questionário e, como é natural, foi salvaguardada a confidencialidade dos dados. O preenchimento do questionário subentende o seu consentimento, no entanto este facto também foi descrito na respetiva introdução (Anexo XVIII).

Na primeira parte do questionário foram descritas as características sociodemográficas dos respondentes. Na segunda parte, são enunciadas as 79 intervenções de enfermagem, resultantes das etapas anteriores e descritas no capítulo precedente. Optou-se por uma escala de relevância de tipo *Likert* de cinco pontos entre os diferenciais semânticos: “Pouco relevante/Muito relevante”. No final do documento foi deixado um espaço destinado a outras intervenções de enfermagem que cada respondente considerasse importante e não estivessem contempladas nas 79 intervenções descritas. O prazo de entrega foi acordado com cada enfermeiro chefe/responsável de serviço, tendo sido cumprido um prazo mínimo de duas semanas e no máximo de três.

Não foi realizado o pré-teste dado que as 79 intervenções já tinham analisadas e validadas por um grupo de 18 peritos de enfermagem, como referimos no capítulo anterior.

Os questionários foram distribuídos pelas quatro instituições de saúde, de acordo com os serviços referenciados, da seguinte forma: nos serviços de cirurgia foram entregues no total 185 questionários, dos quais 91 foram preenchidos pelos enfermeiros, ou seja 49,1% dos enfermeiros; no serviço de hospital de dia de três das Instituições selecionadas, foram entregues 55 questionários tendo obtido resposta a 49% destes, ou seja 27 questionários; no serviço de ambulatório que inclui, entre outros, a consulta de mama, centro de mama e de radioterapia, foram entregues 33 questionários dos quais 26 foram preenchidos pelos seus enfermeiros, perfazendo um total de 78%. No total das quatro instituições foram entregues 273 questionários, tendo sido devolvidos 144, o que dá um retorno de 52,7%.

Dos 144 questionários devolvidos, quatro foram excluídos por ausência de dados. Detetámos que nos quatro questionários mais de 20 questões não obtiveram resposta. Segundo Bryman e Cramer (2003) não é aconselhável substituir o valor dos dados omissos pelo valor médio das respostas quando o número de dados omissos é superior a 10% das respostas. Nos questionários onde o número de questões não respondidas não ultrapassou as dez, os “valores omissos” foram substituídos pela média obtida no total das restantes questões do questionário, facto muito pouco frequente.

Estabelecemos que o nível de consenso se basearia no valor das frequências relativas das respostas a cada um dos *scores* da escala de *likert*; considerando aquelas cujo nível de consenso na posição “5” da escala de *Likert* foi superior a 50%, como “muito relevantes”, e aquelas cujo nível de consenso na posição “4” da escala de *Likert* foi superior a 50%, como “relevantes”. Nas intervenções cuja frequência relativa fosse inferior a 50% nos *scores* “4” e “5” realizámos a percentagem cumulativa dos valores obtidos nos *scores* “1”, “2” e “3”. Sempre que a percentagem cumulativa nos *scores* “1”, “2” e “3” fosse igual ou superior a 50%, a intervenção seria excluída (Quadro 6).

Quadro 6. Critérios de inclusão e exclusão no estudo quantitativo.

Critérios de consenso	<ul style="list-style-type: none"> • Frequência relativa nos <i>scores</i> 5 e 4 da escala de likert => 50%; • Percentagem cumulativa nos <i>scores</i> 1,2 e 3 da escala de likert <50%
Critérios de ausência de consenso	<ul style="list-style-type: none"> • Percentagem cumulativa nos <i>scores</i> 1,2 e 3 da escala de likert => 50%

Na análise dos dados foi usada a estatística descritiva, nomeadamente: a frequência (absoluta, relativa e cumulativa) e as medidas de tendência central como a média, moda, a mediana, e de dispersão como o desvio padrão. Utilizou-se o programa informático SPSS (versão 20).

Importa salientar que ao longo das diferentes etapas desenvolvidas, com o objetivo de selecionar e nomear as intervenções de enfermagem potencialmente promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama, utilizámos diferentes métodos e fontes de dados, designadamente neste capítulo e no quarto capítulo desta tese.

De forma a consolidar e aprimorar o painel de intervenções utilizámos a técnica de triangulação de dados e de métodos ao longo do processo de investigação (Anexo XIX). Esta técnica é particularmente eficaz no estudo de fenómenos ou conceitos complexos, tal como a adaptação, constituindo uma base de confluência que favorece a compreensão destes e proporciona a oportunidade de avaliar até que ponto emerge um quadro coerente e consistente (Polit & Beck, 2011; Fortin, 2009).

Resultados e discussão

O estudo de consenso desenvolvido com os enfermeiros que prestam cuidados assistenciais a mulheres com cancro da mama, permitiu-nos perceber que, das 79 intervenções incluídas no questionário, 23 intervenções foram classificadas como sendo “*muito relevantes*”; e nove intervenções obtiveram a classificação de “*relevantes*”, ou seja consideradas importantes para a adaptação pela maioria dos enfermeiros. Nenhuma

Capítulo V

Estudo de consenso sobre o painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária

intervenção obteve uma frequência cumulativa do *score* “1”, “2” e “3” superior a 50%. Estes resultados, tendo por base os critérios de consenso estabelecidos, permitem concluir que nenhuma intervenção foi excluída.

Tendo presente os resultados alcançados, passámos a descrever as intervenções de enfermagem considerando como promotoras da adaptação da mulher ao cancro da mama, apresentando-as em quadro e efetuando uma discussão refletida sobre as mesmas. Na tabela 54 enunciámos as intervenções consideradas como “ *muito relevantes*” por mais de 50% dos respondentes, correspondendo à posição máxima da escala por mais de 50% dos enfermeiros, classificando-as na posição máxima da escala.

Tabela 54. Intervenções consideradas muito relevantes pelos enfermeiros.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
23- Ensinar estratégias para diminuir o linfedema.	98	70,0%	4,64	5,00	5	0,60
41- Incentivar a autonomia no autocuidado.	96	68,6%	4,68	5,00	5	0,48
20- Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	91	65%	4,61	5,00	5	0,57
37- Envolver a pessoa no plano de cuidados.	90	64,3%	4,56	5,00	5	0,64
25- Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia).	88	62,9%	4,56	5,00	5	0,61
22- Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	87	62,1%	4,59	5,00	5	0,56
62- Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	83	59,3%	4,56	5,00	5	0,57
59- Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex. prótese mamária, capilar ou manga elástica).	82	58,6%	4,55	5,00	5	0,58
56- Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.	81	57,9%	4,51	5,00	5	0,64
60- Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.	80	57,1%	4,52	5,00	5	0,60
26- Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	80	57,1%	4,49	5,00	5	0,65
5- Apoiar a pessoa a gerir emoções.	78	55,7%	4,48	5,00	5	0,64
21- Ensinar a família (pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso.	78	55,7%	4,45	5,00	5	0,70
65- Instruir técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s).	77	55,0%	4,49	5,00	5	0,63
31- Ensinar sobre técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s).	77	55,0%	4,41	5,00	5	0,75
30- Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).	76	54,3%	4,47	5,00	5	0,62
77- Ensinar estratégias de prevenção de linfedema.	76	54,3%	4,45	5,00	5	0,67
64- Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)	74	52,9%	4,44	5,00	5	0,66
1-Aconselhar a pessoa a aplicar dispositivos de adaptação (roupas, próteses ou cosméticos).	73	52,1%	4,36	5,00	5	0,81
49- Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.	72	51,4%	4,42	5,00	5	0,66
58- Informar sobre a importância da realização de exames no <i>follow-up</i> (autoexame, mamografia, ecografia).	72	51,4%	4,42	5,00	5	0,69
45- Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro (s) afetado (s).	71	50,7%	4,40	5,00	5	0,69
14-Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos.	71	50,7%	4,38	5,00	5	0,74

Analisando os resultados verificámos que, globalmente, as intervenções “*muito relevantes*” centram-se no “linfedema”, “na prevenção e controlo de complicações” e “promoção do autocuidado”.

O esvaziamento axilar tem vindo a diminuir devido à nova abordagem na cirurgia ao cancro da mama, designadamente a “biópsia do gânglio sentinela”. Esta técnica garante um estadiamento ganglionar correto, tornando-se desnecessário o esvaziamento axilar, sempre que o gânglio sentinela não apresentar metastização. Este conceito constitui um meio de melhorar o estadiamento das doentes e reduzir a morbilidade associada ao esvaziamento axilar (Fougo, 2012). Fougo (2012) enfatiza que o esvaziamento axilar “... *é a maior causa de morbilidade associada ao tratamento cirúrgico do cancro da mama; o linfedema, nos seus diferentes graus, atinge uns 20% dos doentes...*” (p. 39).

Apesar do decréscimo do esvaziamento axilar, devido à introdução desta nova técnica, as mulheres que são submetidas ao esvaziamento axilar devem ser alvo de atenção especial no domínio da prevenção do linfedema, designadamente para evitar as complicações associadas. Segundo Silva e Santos (2008) as consequências deste procedimento cirúrgico é associado a uma das áreas com piores índices de adaptação física e psicossocial.

Salienta-se ainda que o linfedema é um dos possíveis efeitos secundários graves, que pode surgir após a cirurgia, ou anos mais tarde, e apresentar caráter temporário ou permanente (Ogden, 2004). Neste sentido, os enfermeiros devem capacitar e alertar os doentes para a vigilância dos sinais e sintomas associados a esta disfunção e implementar intervenções no eixo da Ação “*Informar*”, “*Ensinar*”, “*Instruir*” e “*Incentivar*”, desenvolvendo as estratégias associadas à prevenção e controlo da mesma, tendo como objetivo minimizar o desconforto, prevenir deformações estéticas, a instabilidade emocional, o comprometimento funcional e a infeção (Otto, 2000).

Verificámos também que as intervenções focadas no autocuidado tem valores de consenso bastante altos. Referimo-nos a intervenções como: “*Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)*”; “*Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)*”.

O autocuidado constitui parte integrante da vida diária, compreende os cuidados que os indivíduos desenvolvem para manterem a sua saúde e bem-estar, sendo também extensíveis aos cuidados que prestam no âmbito familiar (Bastos, 2012). Brito (2013)

salienta que os processos patológicos não determinam o processo de mudança que as pessoas têm que fazer, mas as mudanças em si e o confronto a situação, fazem com que a pessoa se consciencialize e determine o processo de reconstrução da autonomia.

O enfermeiro pode facilitar o processo de promoção do autocuidado, ajudando a melhorar as respostas aos processos de vida, na saúde e na doença (Bastos, 2012). Neste sentido, quanto melhor percebermos o percurso de reconstrução de autonomia da doente, mais facilmente serão delineadas as intervenções terapêuticas, visando o desenvolvimento de competências para o autocuidado e a promoção de um elevado potencial de autonomia.

Outra área de intervenção reconhecida pelos enfermeiros como “*muito relevante*” maior relevância está relacionada com as complicações dos tratamentos, particularmente: “*Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre como prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)*”.

Anuímos que a família pode constituir um dos principais pilares de apoio, responsável pelo conforto do doente, sendo o impacto da doença, por vezes, tão difícil de enfrentar como para o próprio (Ambrósio & Santos, 2011; Ogden, 2004).

Admitimos, também, que no plano emocional, a família pode não constituir o melhor recurso de suporte, pelo facto de os doentes sentirem que, ao darem conhecimento do seu problema, os pode expor a críticas, revelar vulnerabilidades ou pensarem que eles não têm capacidade para os ajudarem a resolver o problema (Serra, 2009). Esta circunstância também pode estar associada facto dos familiares terem dificuldade em lidar com a situação, revelando sentimentos de tristeza, que ao serem transmitidos ao doente, dificultam e agravam o modo como este está a lidar com a situação. No entanto, os doentes consideram fundamentais e indispensáveis as manifestações de apoio emocional, por parte da família (Ferreira, 2006). Por isso, ajudar e mobilizar os processos e dinâmicas familiares é um eixo essencial das terapêuticas de enfermagem.

A reação do doente ao cancro pode ser comparada a um mapa mental, onde se verifica o choque e o evitamento cognitivo da situação. Estas reações surgem, principalmente, após o diagnóstico, embora não sejam exclusivas desta fase. A primeira reação induz embotamento mental e a segunda permite que o doente filtre e absorva a nova e abundante quantidade de informação (Brennan, 2004). Neste contexto, podem surgir dificuldades em assegurar a assimilação da informação transmitida, particularmente a direcionada aos efeitos secundários dos tratamentos. Consequentemente, perspectivámos que durante a

abordagem com o familiar ou pessoa significativa, o enfermeiro deve incentivar o envolvimento deste no plano de intervenção, bem como, potenciar a sua implicação no mesmo.

De referir, ainda, outras intervenções orientadas para as complicações dos tratamentos, como:

- “*Ensinar estratégias para prevenir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia)*”;
- “*Ensinar estratégias para diminuir complicações/efeitos secundários do tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)*”;
- “*Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)*”.

De acordo com Andersen (2002), a adesão aos tratamentos pode ser melhorada através de intervenções destinadas à educação da doente, de forma a aumentar o conhecimento e a sua capacidade para gerir o regime de tratamento. Segundo a autora, quando as intervenções melhoram as habilidades do doente para diminuir a gravidade dos efeitos secundários do tratamento, induzem melhor tolerância dos regimes de tratamento e conseqüentemente, também é aumentada a adesão à terapêutica.

No mesmo sentido os enfermeiros também salientaram intervenções do tipo:

- “*Ensinar a família (pessoas significativas) no processo de gerir o regime medicamentoso*”;
- “*Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia)*”.

A informação é um aspeto relevante dos cuidados em saúde, constituindo um desafio, sendo necessário uma abordagem sistemática na sua disponibilização, devendo ser registada em planos de cuidados que que apoiem o contexto clínico (Corney, 2000). Neste sentido e de acordo com o ICN (2011), a ação de “*ensinar*” implica um planeamento da informação, consistindo em “*dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com saúde.*” (ICN, 2011, p. 96), tendo em vista aumentar o conhecimento e preparação do cliente (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

A intervenção “*Envolver a pessoa no plano de cuidados*” também foi considerada como “*muito relevante*”.

A informação e o conhecimento podem contribuir e favorecer o processo de consciencialização do cliente e, conseqüentemente, potenciar o grau de envolvimento da pessoa no plano de cuidados. Aliás, segundo a teoria das transições, o conceito de

envolvimento constitui uma das propriedades da transição, sendo entendido como o grau que a pessoa determina implicar-se nos processos inerentes à mesma, sendo influenciado também pelo nível de consciencialização (Meleis & Trangenstein, 1994; Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger & Schumacher, 2000).

As intervenções relacionadas com a adaptação à alteração da imagem corporal também foram consideradas “*muito relevantes*”:

Particularmente neste tipo de cancro, dependendo do tipo de tratamento e das variáveis associadas (ex. idade), muitas são as áreas de impacto face à nova realidade, mas a autoimagem é uma das mais valorizadas pelas mulheres. “*A autoimagem pode ser definida como a percepção que cada um tem acerca de si próprio e que acredita que os outros têm acerca de si...*” (Oliveira, Castro, Almeida & Moutinho, 2012, p. 135). No entanto este conceito é indissociável da imagem corporal, do autoconceito e da autoestima. Resumidamente, a “*...imagem corporal corresponde ao modo como nos vemos fisicamente e ao que sentimos em relação à nossa aparência física.*”; o autoconceito refere-se à opinião acerca de nos mesmos e à percepção que temos acerca do nosso modo de ser, pensar, sentir e estar; a autoestima resulta da confluência dos conceitos referenciados sendo definida “*...como a apreciação valorativa que fazemos acerca do conjunto de características, atitudes e comportamentos que acreditamos que nos definem...*”. Especificamente no cancro da mama é essencial que a mulher preserve uma autoimagem positiva, mesmo que diferente da antecedente. Neste pressuposto também é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, invistam em práticas que proporcionem uma melhor aparência física e estejam centrados nos potenciais existentes e não nas debilidades (Oliveira, Castro, Almeida & Moutinho, 2012, p. 136).

Podemos inferir que a autoestima “*...resulta da avaliação que o indivíduo faz de si próprio.*” (Serra, 2007, p. 468), constituindo um fator decisivo quando temos que enfrentar a adversidade. O indivíduo com uma autoestima pobre “*... reage mal às críticas, mostra-se muito preocupado quando o rejeitam, adota uma atitude passiva perante a vida e sente-se inferior...*” (Serra, 2007, p. 700). Por outro lado, quando a opinião acerca de nós próprios é positiva, a confiança, a força de vontade e a esperança são estimuladas, aumentando a nossa satisfação com a vida. Constituindo também uma variável que nos ajuda a enfrentar os desafios e integra um dos pilares da resiliência (Marcos, 2011).

Particularmente na mulher com cancro da mama e por razões já descritas, designadamente associadas ao simbolismo atribuído a este órgão, à categoria emergente e resultante das entrevistas exploratórias efetuadas a mulheres com cancro da mama podemos assumir que a implementação de intervenções que foquem a autoestima serão promotoras do conceito da adaptação da mulher.

A gestão de emoções expressa na intervenção “*Apoiar a pessoa a gerir emoções*” foi também classificada como “*muito relevante*” por 55,7% dos enfermeiros, sendo a média de resposta de 4,48.

O apoio social é uma variável amortecedora face às situações geradoras de stresse. É um conceito abrangente e focalizado “*...na quantidade das relações sociais que envolvem uma pessoa, à força dos laços estabelecidos, à frequência de contacto e ao modo como é percebido e que pode ser útil e prestar cuidados quando necessário.*”; sendo o comportamento de apoio definido como “*a troca de recursos entre pelo menos dois indivíduos: o receptor e o dador. O dador pode ser mais um ou mais do que um indivíduo ou uma instituição*” (Serra, 2007, p. 133). Quando o tipo de apoio é considerado de boa qualidade é benéfico, porque protege a saúde e o bem-estar (Serra, 2007).

O apoio social pode ser subdividido em diferentes tipos, designadamente emocional, informativo ou tangível (Almeida & Pereira, 2011; Serra, 2007; Folkman & Lazarus, 1986). Serra (2007) ainda enuncia o apoio afetivo, o percetivo e o convívio social.

Especificamente na situação de cancro da mama, podemos inferir que o suporte social é um fator atenuante das condições hostis associadas ao diagnóstico e tratamento. Destacando-se que, ao longo das distintas fases de tratamento, existe necessidade de diferentes tipos de apoio social, sendo mais favorável o suporte emocional no momento associado à comunicação do diagnóstico e o suporte instrumental e informativo no período de tratamento e reintegração (Patrão & Leal, 2004).

Apesar de todos os tipos de suporte social serem benéficos, enfatizámos que uns podem ser mais úteis dependendo do grau de controlabilidade da circunstância indutora de stresse. Quando a situação é potencialmente controlável são mais eficazes o suporte instrumental e o informativo. No entanto, quando a situação apresenta um contexto menos controlável, o apoio afetivo, o emocional ou o percetivo podem ser os únicos apropriados. Principalmente porque auxiliam a controlar as emoções negativas (Patrão & Leal, 2004; Serra, 2007).

A literatura aponta para uma melhor adaptação das mulheres ao cancro da mama, quando estas apresentam maior expressividade emocional, sendo sugerido que este tipo de apoio deve ser iniciado logo após o diagnóstico ou cirurgia (Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996; Iwamitsu *et al.*, 2005; Vos, Visser, Garssen, Duivenvoorden & de Haes, 2006).

Face à evidência científica e aos resultados do nosso estudo, torna-se imprescindível que o enfermeiro intervenha apoiando a mulher a gerir as suas emoções e adequar os diferentes tipos de apoio, em concordância com as diferentes fases da doença, de modo promover a adaptação da doente.

Outra das intervenções, considerada pelos enfermeiros como “*muito relevante*” direciona-se a “*Informar sobre a importância da realização de exames no follow-up (autoexame, mamografia, ecografia)*”, com um nível de concordância de 51,4% e média de 4,42.

O seguimento clínico das mulheres com cancro da mama deve focalizar os efeitos secundários da terapêutica e a deteção de recidiva local (IPO – Coimbra, 2012) e um *follow-up* periódico durante toda a sua vida (Otto, 2000). O enfermeiro deverá, por isso, informar e incentivar a doente a efetuar os exames propostos e as consultas periódicas ou a seguir o protocolo instituído.

Por último, apresentámos a intervenção “*Encorajar a pessoa a assumir responsabilidades no processo de doença e tratamentos*”, em que o nível de concordância atingido foi de 50,7% e a média de 4,38.

As *guidelines* desenvolvidas pelo National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2013) apontam para a responsabilização da doente, em parceria com a equipe de saúde, no sentido explorar e seleccionar a melhor opção terapêutica de entre as opções disponíveis. Pressupõe-se também que o enfermeiro incentive uma atitude proactiva de adesão ao cumprimento do tratamento e distanciada do conceito *compliance*, apenas associada à noção de cumprimento passivo (Bastos, 2013). Torna-se primordial que a doente assuma a responsabilidade no processo de doença, uma vez que o sucesso também depende desta.

Esta visão proactiva é muito consonante com o referencial proposto por Meleis (2010) para as terapêuticas de enfermagem.

Na tabela 55 é apresentado o conjunto das nove intervenções onde se observou um *score* de “4”, em mais de 50% da amostra, consideradas assim, “relevantes” pelos enfermeiros.

Tabela 55. Intervenções consideradas como “relevantes” pelos enfermeiros.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão
47- Incentivar atividade física.	80	57,1%	4,08	4,00	4	0,74
67- Planejar consultas (presenciais ou telefónicas).	74	52,9%	4,01	4,00	4	0,83
17- Encorajar a pessoa a falar sobre a sua sexualidade (diminuição atividade sexual/líbido).	73	52,1%	3,98	4,00	4	0,84
53- Incentivar pessoa a procurar fontes de motivação.	73	52,1%	4,19	4,00	4	0,72
51- Incentivar o recurso a técnicas de distração.	72	51,4%	3,99	4,00	4	0,78
66- Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de auto-ajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).	72	51,4%	3,97	4,00	4	0,79
69- Providenciar material educativo (p. ex. guias, panfletos, vídeos).	71	50,7%	4,19	4,00	4	0,68
16- Encorajar a pessoa a controlar as causas/fatores que prejudicam o padrão do sono.	70	50%	3,89	4,00	4	0,81
70- Referir para profissional de saúde (psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).	70	50%	4,34	4,00	4	0,62

Constatámos que os enfermeiros atribuíram relevância à “*promoção da atividade física*”, com nível de concordância de 57,1% e média de 4,08 e ao “*planeamento de consultas de enfermagem*”, com 52,9% e média de 4,01.

A literatura aponta para benefícios da prática de atividade física nos doentes com cancro, nomeadamente em relação a variáveis como a qualidade de vida, autoestima, fadiga e benefícios a longo prazo (Courneya *et al.*, 2007; Mutrie *et al.*, 2007; Holmes, Chen, Feskanich, Kroenke & Colditz, 2005; Holick *et al.*, 2008; Sequeira & Silva, 2011).

As consultas de enfermagem permitem ao enfermeiro prestar ajuda à cliente e monitorizar o impacto das intervenções. Salienta-se que as consultas por telefone tem sido um recurso cada vez mais utilizado, nomeadamente em programas de intervenção de enfermagem, contribuindo para a eficácia dos resultados na implementação dos programas (Park, Bae, Jung & Kim, 2012; Sherman *et al.*, 2012) e ainda, para aquilo que Meleis (2010) refere como a “conexão” com o cliente.

A temática relacionada com sexualidade é também considerada como “*relevante*” pelos enfermeiros (concordância: 52,1%; média: 3,98). A mulher e o companheiro ou cônjuge podem ter dificuldade em lidar com as alterações físicas, relacionadas com a imagem corporal, ou psicológicas, repercutindo-se no âmbito sexual. As mudanças ocorridas

podem inibir os contactos sexuais, nomeadamente o homem pode abster-se do contacto físico, por estar preocupado com o bem-estar da companheira, podendo surgir um impasse que implique a ajuda de um profissional da saúde. O facto de um dos parceiros passar a ser doente e o outro, às vezes, cuidador também pode reduzir a expressão da sexualidade. Outro fator que também pode influenciar esta dimensão da vida das pessoas está relacionado com o facto de a quimioterapia poder induzir uma menopausa precoce e reduzir a libido da mulher, tanto pelo seu efeito hormonal como pelo psicológico (Ogden, 2004). A sexualidade é uma área sensível na vida das pessoas, mas sendo certo que os enfermeiros não são terapeutas sexuais, não podem ignorar este aspeto da experiência dos clientes.

Relativamente ao incentivo à “*procura de fontes de motivação*”, à utilização de técnicas de distração e o encaminhamento para grupos de apoio, revelaram um papel importante no processo de adaptação à doença oncológica mamária. Estas intervenções apresentam uma oscilação de concordância entre 51,4% e 52,1%.

Na perspetiva de Lazarus e Folkman (1986) a utilização da técnica de distração está associada a estratégias de *coping* centradas na emoção. Este tipo de estratégias podem contribuir para que os doentes se desfocalizem dos problemas de saúde, envolvendo-se em atividades e experiências, possivelmente mais agradáveis, não relacionadas com a doença, potenciando bem-estar e minimizando o sofrimento. Serra (2007) refere que as pessoas podem tentar fugir de forma real ou imaginada, da situação desagradável em que vivem, envolvendo-se em atividades que as entretenham durante algum tempo, que lhes proporcionem prazer (ex. ouvir música, ver um vídeo), como forma de distração das suas preocupações. Schneider e colaboradores (2004) utilizando a técnica de “realidade virtual”, como intervenção distrativa, em mulheres com cancro da mama, durante um tratamento de quimioterapia, constataram a redução significativa dos sintomas de fadiga e *distress*.

O resultado de estudos com intervenções focalizadas no encaminhamento para grupos de apoio, têm evidenciado benefícios no processo de adaptação a esta doença, designadamente melhorando a qualidade de vida das doentes (Tehrani, Farajzadegan, Rajabi & Zamani, 2011; Taleghani, Babazadeh, Mosavi & Tavazohi, 2012). O suporte e o apoio, nomeadamente de outras doentes, é um recurso terapêutico importante.

Nas restantes intervenções que não obtiveram o nível de concordância de 50% nos *scores* “5” e “4” da escala, ou seja, não foram consideradas como “*muito relevantes*” ou “*relevantes*” pela maioria dos enfermeiros, optou-se por analisar a sua percentagem cumulativa nos itens “1”, “2” e “3”. De ressaltar que nenhuma intervenção obteve a uma percentagem cumulativa igual ou superior a 50%, como podemos verificar na tabela 56, o que quer dizer que nenhuma foi excluída.

Tabela 56. Intervenções não consideradas “relevantes” ou “muito relevantes”.

INTERVENÇÕES	Frequência cumulativa (%)
68. Planejar visitas domiciliárias.	43,6%
46. Incentivar apoio espiritual (meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).	36,4%
12. Assistir a pessoa a calendarizar o regime de exercício do (s) membro (s) afetados (s).	30,7%
18. Encorajar atividades sociais/ comunitárias.	30,7%
32. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.	30,0%
2. Apoiar a pessoa a alterar crenças erradas.	27,9%
29. Ensinar sobre o regime dietético.	27,1%
15. Encorajar a pessoa a concentrar-se num fator de stresse de cada vez.	25,7%
27. Ensinar sobre medidas não farmacológicas (p. ex., biofeedback, relaxamento, imagem orientada, musicoterapia, aplicação de calor/frio e massagem) no controlo da dor.	25,7%
52. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.	25,7%
79. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências	25,0%
50. Incentivar mudanças no estilo de vida.	22,9%
54. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	21,4%
75. Apoiar a pessoa na construção do sentido de vida.	20,7%
24. Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual.	20,0%
4. Apoiar a pessoa a gerir as mudanças nos seus papéis (familiar, laboral, social).	20,0%
38. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).	17,9%
71. Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	17,9%
13. Encorajar a expressão de emoções.	17,1%
19. Encorajar comportamento interativo (com membros da família ou pessoas significativas).	16,4%
3. Apoiar a pessoa a estabelecer prioridades.	16,4%
39. Facilitar a participação da família (pessoas significativas) no processo de tomada de decisão.	15,7%
44. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.	15,7%
55. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.	15,7%
10. Apoiar a pessoa no processo de aceitação da dependência no autocuidado.	15,0%
11. Apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.	15,0%
36. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de mudanças de papéis.	15,0%
43. Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.	15,0%
72. Supervisionar técnica de exercício do (s) membro (s) afetado (s).	15,0%
76. Ensinar a família (ou pessoas significativas) sobre estratégias de apoio.	15,0%
8. Apoiar a pessoa a identificar os recursos para alcançar as metas definidas.	15,0%
74. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).	14,3%
78. Informar a família (ou pessoas significativas) sobre a importância no seu apoio na gestão da doença.	14,3%
28. Ensinar sobre o autocontrolo da dor.	12,1%
34. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de controlo da dor.	12,1%
35. Envolver a família (ou pessoas significativas) no processo de gestão da doença.	12,1%
73. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).	12,1%
40. Incentivar a adoção de estratégias de <i>coping</i> eficazes.	11,4%
61. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).	11,4%
57. Informar a pessoa sobre o processo de dor.	10,7%
6. Apoiar a pessoa a identificar as suas potencialidades.	10,7%
42. Incentivar a pessoa a identificar perceções positivas sobre o seu corpo.	10,0%
9. Apoiar a pessoa na procura de esperança na vida.	10,0%
63. Informar sobre reconstrução mamária.	9,3%
33. Envolver a família (ou pessoas significativas) no plano de cuidados.	8,6%
48. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.	8,6%
7. Apoiar a pessoa a identificar estratégias de <i>coping</i> eficazes.	7,9%

Podemos inferir que, após a aplicação do questionário aos 140 enfermeiros com experiência profissional no território da oncologia mamária, as 79 intervenções são consideradas como, de alguma forma, relevantes para a promoção da adaptação da mulher ao cancro da mama. Destas, 23 intervenções foram classificadas como “muito relevantes”, ou seja são intervenções determinantes na promoção da adaptação à doença. Nove intervenções foram consideradas como “*relevantes*”; nenhuma intervenção obteve uma frequência cumulativa do *score* “1”, “2” e “3” superior a 50%. Tendo por base os critérios de consenso, nenhuma intervenção foi excluída do conjunto de intervenções identificadas. Não foram propostas novas intervenções de enfermagem, pelos respondentes.

Na tabela 57 apresentámos as 79 intervenções, que emergiram da convergência e do aprimoramento dos resultados obtidos nos estudos efetuados, e que potencialmente promovem a adaptação à doença oncológica mamária.

Tabela 57. Intervenções promotoras da adaptação à doença oncológica mamária.

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

32. Ensinar sobre o regime dietético.
33. Ensinar sobre regime medicamentoso (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
34. Ensinar sobre técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s).
35. Ensinar sobre técnicas de relaxamento.
36. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no plano de cuidados.
37. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de controlo da dor.
38. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de gestão da doença.
39. Envolver a família (<i>ou pessoas significativas</i>) no processo de <i>mudanças</i> de papéis.
40. Envolver a pessoa no plano de cuidados.
41. Estabelecer, com a pessoa, um plano para definir as metas (a curto e a longo prazo).
42. Facilitar a participação da família (<i>pessoas significativas</i>) no processo de tomada de decisão.
43. Incentivar a adoção de estratégias de <i>coping</i> eficazes.
44. Incentivar a autonomia no autocuidado.
45. Incentivar a pessoa a identificar percepções positivas sobre o seu corpo.
46. Incentivar a pessoa a identificar resultados positivos de experiências passadas.
47. Incentivar a pessoa a olhar e tocar a parte do corpo afetada.
48. Incentivar a realizar a técnica de exercícios do membro (s) afetado (s).
49. Incentivar apoio espiritual (meditação, oração e outras tradições e rituais religiosos).
50. Incentivar atividade física.
51. Incentivar atividades para melhorar a autoestima.
52. Incentivar atividades para melhorar a autoimagem.
53. Incentivar mudanças no estilo de vida.
54. Incentivar o recurso a técnicas de distração.
55. Incentivar o recurso a técnicas de relaxamento.
56. Incentivar pessoa a procurar <i>fontes</i> de motivação.
57. Informar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre a importância do seu apoio na gestão da doença
58. Informar a família (<i>ou pessoas significativas</i>) sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).
59. Informar a pessoa da sua singularidade no processo de doença.
60. Informar a pessoa sobre a prevenção de linfedema.
61. Informar a pessoa sobre o processo de dor.
62. Informar sobre a importância da realização de exames no <i>follow-up</i> (autoexame, mamografia, ecografia).
63. Informar sobre dispositivos de adaptação (p. ex. prótese mamária, capilar ou manga elástica).
64. Informar sobre mudanças previsíveis na imagem corporal.
65. Informar sobre o processo de doença (diagnóstico, tratamento e prognóstico).
66. Informar sobre possíveis complicações/efeitos secundários dos tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia).
67. Informar sobre reconstrução mamária.
68. Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)
69. Instruir técnica de exercícios do (s) membro (s) afetado (s).
70. Orientar terapia com grupo de apoio (grupos de auto-ajuda, psicoeducativos, terapia de casais e/ou familiar).
71. Planear consultas (presenciais ou telefónicas).
72. Planear visitas domiciliárias.
73. Promover dinâmicas de grupo para partilha de experiências.
74. Providenciar material educativo (p. ex. guias, panfletos, vídeos).
75. Referir para profissional de saúde (psicólogo, psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista, médico assistente, oncologista).
76. Supervisionar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).
77. Supervisionar técnica de exercício do (s) membro (s) afetado (s).
78. Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir).
79. Treinar técnica de exercícios do(s) membro(s) afetado(s).

Em relação ao painel final de intervenções resultantes da investigação desenvolvida, importa salientar que o facto de termos utilizado a técnica de triangulação, contribuiu para assegurar a convergência e consolidação dos resultados, proporcionando também uma melhor compreensão da amplitude e profundidade do fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2013).

No conjunto de intervenções resultantes dos estudos desenvolvidos foram identificadas diferentes áreas de ação facilitadoras do processo de adaptação.

Importa referir que as intervenções que os enfermeiros consideraram “*muito relevantes*” para a adaptação da mulher ao cancro da mama focalizam particularmente o domínio somático, em detrimento do foro psicológico. Designadamente destacam-se as intervenções de enfermagem relativas à prevenção e controlo do linfedema, à promoção do autocuidado, assim como assegurar informação no campo de ação associado ao processo de doença e complicações associadas aos tratamentos. Estes dados, permitem-nos afirmar que as intervenções de enfermagem mais relevantes incidem maioritariamente na prevenção e tratamento das alterações físicas. Gerir e ajudar as clientes a gerir “sinais e sintomas” e promover o autocuidado é crucial, no contexto das terapêuticas de enfermagem. Estes são aspetos “altamente” sensíveis aos cuidados de enfermagem (Pereira, 2009).

Julgámos que a atuação no domínio físico é essencial e valorizável pelas doentes. Relembrando o estudo desenvolvido por Arving e colaboradores (2007) no qual o programa de intervenção foi implementado por psicólogos e enfermeiros e os resultados evidenciaram melhorias estatisticamente significativas nos vários domínios avaliados, porém o grupo intervencionado por enfermeiros demonstrou melhores resultados, especificamente devido ao domínio da abordagem dos aspetos associados à área somática ou dos processos corporais (ICN, 2011).

No entanto, destacámos as ações no âmbito psicossocial direcionadas à promoção da autoimagem, o envolvimento no plano de cuidados e responsabilização no processo de doença, a promoção da expressão das emoções, o envolvimento em terapias de grupo ou de pares e a inclusão da família/pessoa significativa em todo o processo de doença é essencial.

Por último, salientámos que a perspetiva da capacitação dos clientes, indissociável dos cuidados de enfermagem, implica a ação de transmitir informação e a adoção de práticas educativas que potenciam a autonomia da pessoa na sua condição de vida e a adaptação à doença. As intervenções de enfermagem no âmbito do “*informar*” e “*ensinar*” são imprescindíveis nas terapêuticas de enfermagem e implicitamente envolvem um processo de aprendizagem da doente. Ambas as ações são apoiadas por diferentes estudos, indicando resultados favoráveis em relação às variáveis de resultado em estudo (Fukui *et*

al., 2000; Coleman *et al.*, 2005; Zabalegui, Sanchez, Sanchez & Juando, 2005; Coleman *et al.*, 2005; Liu, Li, Tang, Huang & Chiou, 2006; Sandgren & McCaul, 2007; Cruickshank, Kennedy, Lockhart, Dosser & Dallas, 2008; Yoo, Lee & Yoon, 2009; Park, Bae, Jung & Kim, 2012; Oz, Dil, Inci & Kamisli, 2012; Sherman *et al.*, 2012).

Nesta etapa de discussão dos resultados julgamos ainda pertinente relacionar o painel de intervenções selecionadas com os indicadores de resultados que lhe deram origem, descritos no “*Instrumento de monitorização da adaptação das mulheres ao cancro da mama*”.

No exercício de reflexão crítica tentámos efetuar a correspondência entre as subescalas do instrumento de medida desenvolvido, que constituem as áreas de adaptação, e as intervenções resultantes do processo de investigação desenvolvido e conseqüentemente do sucessivo aprimoramento das mesmas. A aplicação do instrumento de medida na prática clínica permitirá identificar os domínios de adaptação mais problemáticos. Por outro lado, também poderemos implementar a intervenção ou intervenções que possam colmatar um resultado menos eficaz e, assim, promover uma vivência da transição mais saudável.

Se uma doente evidenciar um resultado menos positivo em relação à “*Esperança*”, incidindo sob o indicador “*Sinto que a minha vida tem sentido*”, poderá ser adequado implementar a terapêutica “*Apoiar na construção do sentido de vida*”. Em relação ao “*Desempenho de papéis*”, incidindo sob o indicador de resultado “*Sinto-me satisfeita na expressão da minha intimidade e sexualidade*” e o resultado for inadequado, o enfermeiro poderá implementar a ou as seguintes intervenções: “*Encorajar a pessoa a falar sobre a sua sexualidade (diminuição atividade sexual/libido)*” ou “*Ensinar estratégias para melhorar a sua vida sexual*” ou ainda “*Informar sobre reconstrução mamária*”. Ainda, considerando a mesma subescala, mas focalizando o indicador de resultado “*Mantenho as minhas rotinas de arranjo pessoal*” e se o resultado também for considerado inadequado, poderão ser implementadas as seguintes intervenções: “*Ensinar sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)*”, “*Instruir sobre adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)*” e “*Treinar adequação no autocuidado (higiene, vestir, despir)*”.

As intervenções deverão ser sempre ponderadas face à pessoa e à clínica associada. Considerámos que o painel das intervenções enunciadas é abrangente e com potencial

terapêutico. Para além do quadro de intervenções enunciado ser amplo também é suficientemente específico e flexível para englobar o cerne das intervenções, como os objetivos do enfermeiro, permitindo determinar a intencionalidade da ação de enfermagem.

Conclusão

O desenvolvimento deste último estudo constituiu uma mais-valia, na medida em que permitiu consolidar todo o trabalho desenvolvido anteriormente e evidenciar as intervenções que potencialmente são consideradas essenciais no processo de adaptação da mulher ao cancro da mama.

Destacámos que o foco de atenção predominante e identificado pelos enfermeiros como muito relevante remete para as intervenções de enfermagem relativas à prevenção e controlo do linfedema, no controlo e prevenção de complicações e promoção do autocuidado; onde se inclui a gestão do regime terapêutico. As ações dominantes inscrevem-se no âmbito do *“informar”* e *“ensinar”*.

Cabe ao enfermeiro a recolha de dados que permitam identificar áreas de adaptação mais problemáticas e a implementação de intervenções de enfermagem que promovam a adaptação. Desde o momento do diagnóstico que a mulher experiencia sentimentos ameaçadores e angustiantes que dificultam a adaptação em relação ao bem-estar físico, psicológico, emocional, familiar e social. O enfermeiro deve intervir de forma a promover a adaptação, tendo por base intervenções que sejam facilitadoras, em relação às áreas problemáticas identificadas, perante o contexto da doença oncológica da mama e que possam ser projetadas as mais apropriadas ao longo das diferentes fases da doença. Assim sendo, o conjunto de intervenções nomeado detém ações passíveis de serem aplicadas a todas as doentes com cancro de mama, permitindo também que a implementação possa ser individualizada e adequada adaptada a cada doente e família, durante o decurso da doença.

Salvaguardámos que a necessidade de questionamento e sentido que atribuímos às práticas de enfermagem não constitui algo de definitivo, mas enfatizámos a necessidade de uma permanente análise e transformação, tanto para os atores da prática, como para os destinatários das mesmas, sendo também substancial compreender a intencionalidade terapêutica das mesmas (Basto, 2012). Neste sentido, ambicionámos aplicar em contexto clínico, numa perspetiva longitudinal, o instrumento desenvolvido, que permitirá

monitorizar a adaptação da mulher ao cancro da mama, identificar os domínios problemáticos e, concomitantemente, implementar as intervenções emergentes e aprimoradas neste estudo, tendo em vista o estudo da sua efetividade.

Referências bibliográficas

- Almeida, P., & Pereira, G. (2011). Escala comportamental de suporte social familiar para adolescentes com diabetes (DFBS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 55-75.
- Ambrósio, D., & Santos, M. (2011). Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 475-484.
- Andersen, B. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 590-610.
- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2007). Individual Psychosocial Support for Breast Cancer Patients - A Randomized Study of Nurse Versus Psychologist Interventions and Standard Care. *Cancer Nursing*, 30(3), E10-9.
- Basto, M. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Enfermagem*, 23(1), 25-41.
- Basto, M. (2012). *Cuidar em Enfermagem Saberes da Prática* (1 ed.). Coimbra: Formasau.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde.
- Brennan, J. (2004). *Cancer in Context A practical Guide to supportive care*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Brito, A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, 15(6), 434-437.
- Coleman, E., Tulman, L., Samarel, N., Wilmoth, M., Richel, L., Richel, L., & Stewart, C. (2005). The Effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer During the Year Following Diagnosis. *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 822-829.
- Corney, R. (2000). *Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Courneya, K., Segal, R., Gelmon, K., Reid, R., Mackey, J., Friedenreich, C., . . . McKenzie, D. (2007). Six-month follow-up of patient-rated outcomes in a randomized controlled trial of exercise training during breast cancer chemotherapy. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 16(12), 2572-2578.
- Cruickshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dosser, I., & Dallas, L. (2008). Cochrane Database Of Systematic Reviews . Obtido de Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer.: <http://www.thecochranelibrary>
- Ferreira, L. M. (2006). *Emoções e estratégias de coping face ao diagnóstico de doença oncológica*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Fougo. (2012). *Gânglio Sentinela e Cancro da Mama: do conceito à aplicação clínica*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. ICBAS.
- Fukui, S. Kugaya, A., Okamura, H., S., F., Kugaya, A., Okamura, H., . . . Uchitomi, Y. (2000). A Psychosocial Group Intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer*, 89(5), 1026-1035.

Capítulo V

Estudo de consenso sobre o painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária

Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para terapeutas clínicos. Concepção de Projectos de Aplicação e Análise*. (3 ed.). Loures: Lusociência.

Holick, C., Newcomb, P., Trentham-Dietz, A., Titus-Ernstoff, L., Bersch, A., Stampfer, M., . . . Willett, W. (2008). Physical activity and survival after diagnosis of invasive breast cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17(2), 379-386.

Holmes, M., Chen, W., Feskanich, D., Kroenke, C., & Colditz, G. (2005). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*, 293(20), 2479-2486.

ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0* (CIPE® versão 2-Tradução oficial Portuguesa). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological distress before and after Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*, 46, 19-24.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Liu, L., Li, C., Tang, S., Huang, C., & Chiou, A. (2006). Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*, 29(4), 273-282.

Marcos, L. (2011). *Superar a adversidade o poder da resiliência*. Lisboa: Planeta.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 255-259.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Mutrie, N., Campbell, A., Whyte, F., McConnachie, A., Emslie, C., Lee, L., . . . Ritchie, D. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 334(517): 1-7.

Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.

Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama* (1º ed.). Lisboa: Climepsi.

Oliveira, M., Castro, S., Almeida, S., & Moutinho, S. (2012). *Cancro, Vidas em Reconstrução. Uma Abordagem Psicológica à Doença, suas Problemáticas e Emoções*. Livpsic: Porto.

Otto, S. (2000). *Enfermagem em oncologia* (3ª ed.). Loures: Lusociência.

Oz, F., Dil, S., Inci, F., & Kamisli, S. (2012). Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey. *Cancer Nursing*, 35(4), 27-34.

Park, J., Bae, S., Jung, Y., & Kim, K. (2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nursing*, 35(1), 34-41.

Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.

Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício profissional dos enfermeiros* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

Sandgren, A., & McCaul, K. (2007). Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(1), 38-47.

Schneider, S., Prince-Paul, M., Allen, M., Silverman, P., & Talaba, D. (2004). Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 31(1), 81-8.

Sequeira, M., & Silva, M. (2011). Programa de Exercício Após Cirurgia por Cancro de Mama: Estudo Piloto Aleatorizado e Controlado. *Ifisionline*, 2(1), 22-30.

Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3 ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.

- Sherman, D., Haber, J., Hoskins, C., Budin, C., Maislin, G., Shukla, S., . . . Roth, A. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-15.
- Silva, G., & Santos, M. (2008). “Será que não vai acabar nunca?”: Percutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto e contexto- enfermagem*, 17(3), 561-568.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista* (5ª ed.). Loures : Lusodidacta.
- Taleghani, F., Babazadeh, S., Mosavi, S., & Tavazohi, H. (2012). The effects of peer support group on promoting quality of life in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17, S125-S130.
- Tehrani, A., Farajzadegan, Z., Rajabi, F., & Zamani, A. (2011). Belonging to a peer support group enhance the quality of life and adherence rate in patients affected by breast cancer: A non-randomized controlled clinical trial*. *Journal of Research on Medical Science*, 16(5), 658-665.
- Unidade funcional de patologia mamária grupo multidisciplinar de patologia mamária IPO - Coimbra. (2012). *Cancro da Mama Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento*. Coimbra: bloom up, lda.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro* (2 ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- Vos, P., Visser, A., Garssen, B., Duivenvoorden, H., & de Haes, H. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 212-219.
- Yoo, M., Lee, H., & Yoon, J. (2009). Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Journal Of Korean Academy Of Nursing*, 39(2), 157-165.
- Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P., & Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.

CONCLUSÕES

Doença – um processo que envolve restauração.

Nightingale (1989)

Ao produzirmos uma síntese sobre o adquirido faz-nos sentido recordar Ortega y Gasset e a célebre frase "*Eu sou eu e minha circunstância, e se não salvo a ela, não me salvo a mim.*" (Gasset, 1914, p. 43-44), bem como alguns dos fundamentos da enfermagem propostos por Florence Nightingale.

Ortega y Gasset (1914) destacava que o indivíduo engloba o “eu” e a “circunstância”, constituindo esta a outra metade da pessoa e sendo através dela que o “eu” se pode integrar na plenitude e atingir a individualidade. Refere que a adaptação é um processo vital recíproco entre o corpo e o meio, isto é, entre o “eu” e a “circunstância”. E, face à realidade com que nos deparámos, devemos alcançar a nossa singularidade e buscar sentido para a nossa existência.

Acreditando que não somos indissociáveis da circunstância em que vivemos, que temos que nos adaptar e reportando-nos à época em que viveu Florence Nightingale, poderemos compreender alguns dos seus postulados e a atualidade das suas premissas. Educada na Era Vitoriana e influenciada pelo cristianismo, enfatizou o ambiente e o seu efeito no binómio saúde/doença, particularmente na realidade das condicionantes existentes em cenário de guerra, nomeadamente a da Crimeia, mas não deixou de evidenciar a importância das respostas humanas à situação de doença. Na vivência da sua circunstância, destacou-se pela capacidade de observação, planeamento e métodos usados; aspetos que são imprescindíveis à investigação científica.

Nightingale (1989), no livro "*Notes on Nursing*", salienta, no capítulo "*Observação do doente*", que o enfermeiro não se deve fundamentar em informação vaga ou imprecisa,

sendo necessário “...*factos, não opiniões...*” (p. 119), devendo analisar “...*toda a mudança de seu paciente, toda a mudança nas atitudes, toda a mudança em sua voz.*” (p. 162). Em rigor, é essencialmente saber o que observar e o como observar. É neste contexto que todo e qualquer instrumento válido que nos apoie na “avaliação e observação” dos nossos clientes são cruciais para prestar bons cuidados de enfermagem. Nightingale enfatizou que, o questionamento do doente com “perguntas” inadequadas resultará sempre em informações incorretas. Também destacou que “*o verdadeiro abecê de uma enfermeira é ser capaz de ler em cada mudança que se opera na fisionomia do paciente sem causar-lhe esforço de dizer o que é que está sentindo*” (p. 161). Este desígnio parece-nos comparável ao conceito de “empatia”, descrito por diferentes autores contemporâneos, e que constitui um pilar central, no estabelecimento de uma relação terapêutica de ajuda eficaz, promotora da adaptação à situação de doença.

Enfatizamos alguns dos ensinamentos do modelo de Florence Nightingale, designadamente porque sempre nos ajudaram a pensar enfermagem e mantiveram-se subjacentes ao percurso delineado. No entanto, nunca descurámos a importância dos modelos e teorias de enfermagem, nomeadamente a Teoria das Transições de Meleis, o Modelo de Adaptação de Roy e os conceitos confluentes no domínio singular desta tese, especificamente o conceito de adaptação.

Iluminados por estes pressupostos e tendo como premissa que, “... *por melhor que se escreva, nunca se conseguirá exprimir por inteiro a grandeza ou a miséria das coisas imensas que sabemos*” (Tavares, 2014, p. 261), torna-se imperioso sistematizar o que este estudo acrescentou ao conhecimento de enfermagem no domínio da problemática e evidenciou como mais relevante.

Urge descrever os principais resultados e conclusões do trabalho desenvolvido. Cumpre-nos, também, inferir as proposições que fomos alcançando ao longo do caminho percorrido, nomeadamente as que se relacionam com o alcance dos resultados, face à finalidade e objetivos propostos, assim como, a assunção da projeção dos mesmos em contexto clínico.

Ao longo do presente capítulo são demarcados três aspetos centrais: o desenvolvimento de um instrumento de medida do resultado da adaptação da mulher ao cancro da mama; a elaboração de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da mulher face ao diagnóstico de cancro da mama; e o contributo desta investigação para o

conhecimento da disciplina bem como as potenciais áreas de desenvolvimento e de investigação que resultam do nosso percurso.

Relativamente as questões associadas à investigação científica e, conseqüentemente, ao método, destacámos que na concretização dos objetivos delineados para o estudo, vários foram os dispositivos metodológicos usados. Tivemos sempre por base que a realidade a conhecer determina o método a utilizar e não sendo este fruto do acaso, é manifestado numa ordem dentro de um conjunto de regras que nos permite alcançar o estabelecido. E, se existe algo em comum no método é a possibilidade de ser aplicado e usado por qualquer pessoa, não dependendo da capacidade intelectual de quem o usa (Mora, 1989).

Destacámos, também, que partimos para esta investigação cientes de que o cancro da mama é uma doença crónica. Este facto induziu-nos a pensar num processo de adaptação à situação de doença que não ocorre num único momento, mas que se prolonga no tempo, sendo necessário, por isso, resultados que sustentem a promoção do “cuidar de enfermagem” e potenciem a vivência de uma transição ou transições saudáveis da mulher, perante o diagnóstico de cancro da mama.

Servan-Schreiber (2007) destaca que, no século passado, a medicina sofreu uma revolução marcante, designadamente com a utilização dos antibióticos e a cura de doenças até aí mortais. Salienta que este extraordinário sucesso colocou em causa “...a relação médico-doente, a nutrição e a atitude do paciente...” (p. 221); gradativamente as relações estabelecidas com o doente são subvalorizadas, deixando de se “... *ter em conta a sua história, o seu contexto, a sua força vital interior e a sua capacidade de auto-cura.*” (p. 221).

O facto decisivo de diagnosticar a doença e lhe associar um tratamento específico e curativo funciona muito bem nas doenças agudas, mas os seus limites são bem perceptíveis nas doenças crónicas, atuando apenas nas crises e na gestão dos sintomas. Nas doenças crónicas a abordagem deverá ser diversificada, permitindo que o problema seja “combatido” sob diferentes perspetivas e através de diferentes intervenções. Exige-se, até, intervenções que potenciem a atuação de mecanismos do indivíduo que promovem o relaxamento do corpo e do espírito (Servan-Schreiber, 2007).

Fazendo um paralelismo entre a disciplina médica e a de enfermagem, considerámos que esta última foi influenciada pela prevalência do modelo biomédico, enraizado ao longo de décadas, não potenciando a adaptação da pessoa à doença crónica. Neste contexto,

emerge a inevitabilidade de promoção de resultados adaptativos na doença crónica, especificamente na doença oncológica da mama, sendo decisivo o contributo da disciplina de enfermagem. Neste contexto, emerge também a necessidade de intensificar a sinergia entre intervenções terapêuticas de enfermagem conducentes à adaptação.

Iluminados por estes pressupostos, alicerçados na evidência científica, na fundamentação teórica descrita na introdução e apresentando detalhadamente as etapas percorridas ao longo da descrição dos capítulos, demos resposta aos objetivos definidos.

Considerámos, ainda, importante destacar que a descrição dos capítulos desta tese podem ser lidos *per si*, apesar destes apresentarem uma sequência e interligação, complementando-se entre si e contribuindo para a integralidade e finalidade do estudo.

Assim, iniciámos o processo propondo-nos medir a adaptação, focando o resultado, da doente no contexto de doença oncológica da mama, numa perspetiva de enfermagem. Todavia, e como já referenciámos, “*para compreender determinado fenómeno, um cientista tem de começar por descrevê-lo, e, para o descrever objetivamente tem, em primeiro lugar, de o medir*” Mukherjee (2012, p. 44). Partindo desta premissa, procurámos um instrumento que descrevesse o fenómeno e o medisse. Não encontramos nenhum instrumento que monitorizasse o resultado da adaptação da mulher ao cancro da mama, particularmente numa perspetiva de enfermagem. Verificámos que, noutras disciplinas do conhecimento, existem escalas que avaliam variáveis de resultado ou dimensões deste conceito, mas não abarcam a multidimensionalidade que o mesmo exige, quando lido à luz da enfermagem. Para além desta circunstância, também relevou, para a edificação do instrumento de medida, a problemática associada ao impacto nefasto que este tipo de cancro tem na sociedade, a sua elevada incidência e prevalência, bem como carácter crónico que a doença hoje assume.

Estes fundamentos determinaram a construção de um instrumento de medida com base no “*core*” da disciplina de enfermagem e focalizando a monitorização e o resultado da adaptação da mulher ao cancro da mama.

O processo de construção do instrumento de medida foi iniciado seguindo os procedimentos metodológicos que lhe são intrínsecos. Numa fase inicial, ancorámo-nos no conhecimento interdisciplinar e na evidência científica existente em relação à problemática, de modo a melhor compreendermos a abrangência do fenómeno.

Seguidamente, direcionámos e alicerçámos a edificação do instrumento no domínio disciplinar da enfermagem.

Focámo-nos na origem etimológica do conceito de adaptação, na compreensão do seu significado e nas interligações disciplinares. Concluímos que o conceito é bastante abrangente e multidimensional. Na teoria de enfermagem foi amplamente desenvolvido por Calista Roy, sobretudo focando o resultado. Meleis (2007; 2010) aborda o conceito reportando para a eventualidade deste emergir como um indicador de resultado e para a necessidade da monitorização desse mesmo resultado, ao longo do decurso da transição saúde/doença, que resulta da experiência de viver com doença oncológica.

Posteriormente, fomos compreender o que é decisivo e contribui eficazmente para a adaptação da mulher ao cancro da mama. Efetuámos uma revisão da literatura sobre o resultado do processo adaptativo da doente ao cancro da mama. Constatámos que os estudos incidiam no processo cognitivo de lidar com a situação de doença. Dentro destes verificámos que existiam estratégias de *coping* utilizadas pelas doentes cujo resultado potencia a adaptação. Por isso, entrevistámos mulheres com patologia oncológica da mama e, surpreendentemente, verificámos que facilmente enunciaram o que as ajudou a lidar melhor com a situação de doença e, por isso, a “adaptarem-se”. Prosseguimos a pesquisa com um grupo de peritos na área em estudo, tendo constituído um período de partilha de opiniões, ajudando-nos a delimitar e a focalizar as áreas temáticas. Lemos e revisitámos a NOC em relação à sua estrutura lógica e conceptual, o que nos permitiu organizar a versão inicial do instrumento de medida. Solicitámos a opinião dos enfermeiros relativamente à adaptação da mulher ao cancro da mama, desenvolvendo um estudo quantitativo e alargado nos Institutos de Oncologia Nacionais. Analisámos o material emergente, refletimos criticamente acerca deste e, ainda, acrescentámos componentes teóricas que admitimos serem imprescindíveis para a adaptação das mulheres ao cancro da mama.

Após as sucessivas etapas e procedimentos inerentes à construção do instrumento, procedemos à sua validação junto da população alvo, recorrendo aos procedimentos propostos para este tipo de estudo (Ribeiro, 2010). Desta dinâmica resultou um instrumento de medida constituído por 30 itens. O conteúdo do instrumento remete para a domínios no âmbito do conceito de adaptação da mulher ao cancro da mama, sensíveis e indissociáveis do “core” da disciplina de enfermagem. Estes domínios relacionam-se

com o “otimismo”, a “esperança”, o “desempenho dos papéis”, a “comunicação/expressão de sentimentos” e o “cumprimento do plano terapêutico”.

Os conceitos de “esperança” e “otimismo” evidenciam características fortemente associadas, embora distinguíveis. Enquadram-se no conceito de “psicologia positiva”, sendo considerados variáveis psicológicas positivas, que tem ação amortecedora em condições ameaçadoras da integridade pessoal e na doença. Manter a integridade do “eu”, ainda que fruto de uma reformulação, parece, assim, ser um excelente indicador do curso da transição. Ambas – esperança e otimismo - potenciam o bem-estar e protegem do mal-estar. O desenvolvimento de sentimentos de bem-estar é, na visão de Meleis e colaboradoras (2000), um indicador de resultado nas transições. As pessoas que detêm estas características de personalidade têm maior probabilidade de melhorar, reagir de modo mais adequado e demonstram maior capacidade de combaterem a doença, permitindo que a pessoa se adapte à nova condição de saúde (Ribeiro, 2006). A este propósito Portela (2013, p. 79) destaca que *“o Homem que sabe encarar a realidade com uma pitada de otimismo e um sorriso sereno nos lábios está no caminho do triunfo. As estatísticas mostram-nos que a sua esperança de vida é maior.”*

Relembrando Nightingale, a autora reporta-nos para a inutilidade de dar falsas esperanças e conselhos, nomeadamente aos doentes crónicos que, segundo a autora, reconhecem muito bem o seu estado de saúde. No entanto, enfatiza a necessidade de comunicar e transmitir o que pode incitar alegria, referindo que a pessoa doente *“...gosta de ouvir boas notícias...”* e, para além disso *“a pessoa enferma gosta também, e muito, de ouvir contar coisas boas, qualquer facto positivo em que o que é correto predomine. Está farto de livros e ficção, de princípios, preceitos e teorias; ao invés de dar-lhe um conselho que já ouviu pelo menos cinquenta vezes, fale sobre um ato de benemerência que para ele será o mesmo que um dia de completa saúde.”* (p. 116). Na interação com o doente, que em si mesmo tem potencial terapêutico, salienta a necessidade de estarmos mais atentos aos factos que desagradam os doentes, ressaltando que se soubéssemos o que eles sofrem irracionalmente, em consequência das causas racionais do sofrimento, promoveríamos o interesse na relação terapêutica estabelecida com a pessoa e devíamos valorizar mais a perspectiva positiva. Implicitamente depreende-se a pertinência do enfermeiro intervir na promoção da esperança e do otimismo realista. Será por esta via que poderemos ajudar as mulheres a desenvolverem uma consciencialização adequada sobre a sua situação, os seus recursos e potencialidades.

O “*desempenho dos papéis*” relaciona-se com o comportamento (intencional) da pessoa no desempenho dos seus papéis e nas suas expectativas em relação aos mesmos (Moorhead, Johnson, Maas & Swanson, 2010), englobando um comportamento instrumental e expressivo. O comportamento instrumental está relacionado com o campo de ação físico, mas sempre direcionado a expectativas sociais, e o expressivo mais centrado no âmbito emocional (Roy & Andrews, 2001). Este domínio integrante do instrumento desenvolvido, também nos remete para o conceito de autocuidado, amplamente estudado na disciplina de enfermagem. O processo autocuidativo reúne atividades ativas, voluntárias e intencionais, que podem ser apreendidas e influenciadas pela “circunstância” da vida do indivíduo, e acionadas em seu próprio benefício para a manutenção / promoção da vida e do bem-estar (Orem, 1993).

Com efeito, manter o desempenho de papéis e / ou a sua reformulação adequada constituem indicadores muito válidos da adaptação da mulher. Uma mulher que se “autocuida”, ainda que de forma distinta daquela que usava antes da doença, é uma “mulher adaptada”. Por isto mesmo, promover e desenvolver as competências (novas) de autocuidado é central para os cuidados de enfermagem.

O domínio intitulado “*comunicação/expressão de sentimentos*” relaciona-se com a necessidade e a capacidade das mulheres estabelecerem relações significativas e satisfatórias com os outros, sentirem-se “ligadas” e, assim, viverem a transição saúde/doença (Meleis, 2010), com o mínimo de sofrimento e o máximo de bem-estar. Nesta lógica, Nightingale (1989) salienta que é importante que o doente possa contar com uma “enfermeira de confiança” (p.138). Esta expressão evidencia um meio e não um fim em si mesmo, para o estabelecimento de uma relação terapêutica, envolvendo os aspetos éticos, técnicos e procedimentais inerentes à intencionalidade da intervenção terapêutica de enfermagem. O desenvolvimento de confiança é tido por Meleis e colaboradoras (2000) como um indicador positivo do curso da transição.

O “*cumprimento do plano*” aglutina ações auto-iniciadas inerentes ao autocuidado, em particular no desvio à saúde (Orem, 1993), e a necessidade de gestão do regime terapêutico proposto pelos profissionais. Aspetos fundamentais na gestão da doença crónica, particularmente no cancro da mama que, na maioria dos casos, acarreta a prescrição de terapêutica medicamentosa prolongada no tempo. A gestão competente das orientações terapêuticas é um aspeto muito sensível aos cuidados de enfermagem

(Pereira, 2009; Bastos, 2012), o que reforça a inscrição disciplinar do instrumento desenvolvido.

Inferimos que a escala envolve cinco domínios que caracterizam o construto da adaptação da mulher face ao diagnóstico de cancro da mama, numa lógica de enfermagem. O instrumento desenvolvido focaliza uma perspetiva integralmente positiva, salutogénica e inscrita nos referenciais da disciplina de enfermagem.

No Modelo de Adaptação de Calista Roy é demonstrada a natureza multidimensional do conceito de adaptação, para além de enfatizar as exigências da situação problema, as condições internas e atuais das pessoas, sendo associados níveis de adaptação dinâmicos e individuais, num processo de resposta ativo e positivo, focando o resultado e integrando numa visão holística da situação contextual da pessoa (Roy & Andrews, 2001). A inscrição disciplinar do instrumento desenvolvido concorre para a sua validade.

Relativamente à validade do instrumento desenvolvido e no particular da validade do seu conteúdo, como vimos, esta é consequência dos procedimentos adotados na sua construção (Pasquali, 2004). Tivemos a preocupação da “medida” refletir o conceito em estudo, numa lógica de enfermagem, sendo operacionalizável e detendo traços latentes passíveis de representação comportamental (Pais-Ribeiro, 2013). Importa salientar que o processo de validação, designadamente a validação do conteúdo do instrumento, foi assegurado através das revisões da literatura na área, dos conteúdos e temas emergentes das entrevistas com as (“ex”) doentes e tudo aquilo que resultou das opiniões dos enfermeiros, nomeadamente aqueles com experiência clínica de cuidado às mulheres com cancro da mama. Este último aspeto, por outro lado, concorreu para a potencial utilidade clínica que perseguimos.

Garantida a validade do conteúdo do instrumento, evoluímos no estudo das suas propriedades métricas. Concluímos que o instrumento apresenta propriedades métricas adequadas, permitindo mensurar o fenómeno em estudo.

Apesar de termos aferido propriedades métricas muito satisfatórias, mas sendo o processo de validação dinâmico, complexo e praticamente interminável, outras provas de testagem empírica poderão potenciar os resultados deste instrumento de medida (Primi, Nascimento & Souza, 2004). Encontrando-se o instrumento ainda numa fase preambular, julgámos que a operacionalização em contexto clínico poderá potenciar e contribuir para aprimorar a sua robustez e utilidade. No entanto, se considerarmos que a validade pode

ser identificada com a exequibilidade do teste, avaliar o que é pretendido medir e o resultado determinar informação relevante para o estudo (Pocinho, 2012), podemos inferir que o instrumento, nesta fase, já apresenta elevada robustez (Pais-Ribeiro, 2013).

Considerámos estar na posse de uma ferramenta útil com potencial de utilização na prática clínica, representando um avanço no conhecimento disponível sobre a problemática. O instrumento circunscreve áreas chave no domínio da disciplina e em franco desenvolvimento na situação da doença crónica e no cancro da mama em particular. Num contexto em que, cada vez mais, se discute a necessidade de serem desenvolvidos modelos clínicos de dados de enfermagem (Beale, 2002), que apoiem o desenvolvimento, por exemplo, de sistemas de informação e de apoio à decisão clínica, os conteúdos do instrumento desenvolvido podem ser um singelo contributo para aquele desiderato.

A enfermagem é um domínio do conhecimento, no âmbito da saúde, pelo que são ou devem ser os “seus” especialistas do domínio os protagonistas do desenvolvimento de soluções capazes de representar os conceitos centrais da disciplina (Silva, 2001). A especificação de modelos de dados radica no conhecimento substantivo de uma disciplina, traduzindo a estrutura das relações e restrições necessárias à expressão de conceitos clínicos e suas relações. A associação de dados que sustentam os diagnósticos de enfermagem e, após, intervenções adequadas, face a cada situação, é algo muito relevante no trabalho de formalização do conhecimento disciplinar.

Na posse de um instrumento de medida que permite monitorizar, ao longo do tempo, o resultado do processo da adaptação da mulher ao cancro da mama, considerámos pertinente avançar com a identificação e consensualização de um painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da mulher com cancro da mama.

Não sendo o processo de cuidar de enfermagem absolutamente linear, sendo centrado nas respostas às situações de saúde que as pessoas estão a viver, é exigida a avaliação e a intervenção criteriosa, muitas vezes quase em simultâneo (Basto, 2009). A sequência do processo de decisão e ação de enfermagem, numa tradição mais académica, começa com a avaliação da situação; conseqüentemente é delineado o planeamento, seguido da sua implementação e a avaliação. No entanto, segundo Meleis (2010), a transição pressupõe a avaliação ao longo do processo da mesma, não focalizando apenas um único momento. Nesta conceção, o cuidar de enfermagem deve abranger o mesmo sentido do processo de transição, na pretensão de alcançar o melhor contexto terapêutico, uma interação

favorável entre doente e enfermeiro, na promoção de bem-estar e potenciar resultados favoráveis à adaptação à situação de doença (Meleis, 2010; Schumacher & Meleis, 1994).

O processo de desenvolvimento do painel de intervenções de enfermagem englobou um procedimento efetivado em várias etapas. Iniciámos o percurso efetuando uma leitura crítica das ligações NANDA / NIC / NOC (Johnson *et al.*, 2009), tendo como alicerce os itens do instrumento de medida construído, que, conforme já referimos, foram alicerçados nos indicadores de resultado da NOC. Prosseguimos com uma revisão da literatura direcionada às intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica da mama. Em seguida, procedemos à análise documental dos registos de enfermagem disponíveis nos processos clínicos de uma instituição especializada na assistência a doentes do foro oncológico. Entrevistamos enfermeiros com larga experiência profissional no cuidado a mulheres com cancro da mama, no sentido de conhecer a sua perspetiva relativamente às intervenções de enfermagem que consideram fundamentais para a promoção da adaptação das mulheres a esta situação de doença. Posteriormente, com o intuito de consensualizarmos as intervenções enfermagem identificadas, avançamos para um estudo do tipo *Delphi*. E, por fim, com o estudo quantitativo alargado junto de enfermeiros que lidam com doentes do foro oncológico da mama.

Ao longo das diferentes etapas desenvolvidas fomos identificando, validando e expandindo o painel de intervenções de enfermagem, passíveis de serem associadas a uma intencionalidade *major* – promover a adaptação das mulheres ao cancro da mama. Deste processo resultou um painel composto por 79 intervenções de enfermagem potencialmente promotoras da adaptação à doença oncológica da mama.

Este painel de intervenções, que no futuro merecerá ser revisitado, com a intenção dos seus enunciados serem adequados às novas versões da CIPE, está muito orientado, em termos de intenções dominantes (Silva, 2011), para a “prevenção de complicações” decorrentes, nomeadamente da cirurgia, como é o caso do linfedema, a “promoção do autocuidado” e da “gestão do regime terapêutico”.

No painel de intervenções definido são bem evidentes os domínios de ação (ICN, 2013) no âmbito de “*Informar*” e fundamentalmente o “*Ensinar*”. Considerámos que o facto de intervir transmitindo informação ou através do uso práticas educativas, são ações imprescindíveis na prática da enfermagem; designadamente, quando se reconhece que face a um diagnóstico de cancro a primeira sensação é a de falta de informação, sendo

este tipo de terapêuticas “...um dos melhores meios de ajudar as pessoas a reagirem à sua nova situação e ao sentimento de descontrolo...”, “... no sentido de encorajar os doentes a utilizar a maioria dos seus próprios recursos”, ajudando-os a recuperar o bem-estar e a sensação de falta de controlo (Corney, 2000, p. 102-104) e, deste modo, assegurar adaptação com sucesso. Daqui resulta que, promover a adaptação é, acima de tudo, um processo terapêutico de mobilização dos recursos dos clientes e sua capacitação. Esta visão está muito alinhada com a ideia de (re) habilitar.

Reabilitar através da informação, educação e treino é, no quadro da assistência às mulheres com cancro da mama imprescindível, face a esta transição saúde/doença. No entanto, considerámos que, face ao contexto de adoecer com cancro, a ação de “*Informar*” tem necessariamente de ser acompanhada pela intervenção de “*Ensinar*”. Conforme já mencionámos, adoecer com cancro, particularmente o da mama, reveste-se de um contexto emocional peculiar que, por vezes, induz períodos de embotamento cognitivo, o que pode dificultar a integração da transição. Neste sentido, estamos convictos que as intervenções do tipo “*Ensinar*” contribuirão para reforçar a sistemática da informação, promovendo a adaptação da doente à transição em curso. Entendemos, também, que os enfermeiros se encontram em posição privilegiada para assegurar este tipo de terapêuticas, dada a necessidade de uma profunda interação com as clientes, essência do “*cuidar de enfermagem*”.

No início deste projeto, tínhamos o desejo de conceber um programa de intervenção de enfermagem. No entanto, optámos por elencar, apenas, as intervenções de enfermagem promotoras da adaptação ao cancro da mama, não de um modo estruturado e programado, mas sob a forma de um painel abrangente.

Os factos que nos conduziram a esta opção relacionaram-se com a análise reflexiva de todo o trabalho desenvolvido, especialmente do processo inerente ao desenvolvimento das intervenções. Apesar de termos constatado, no exercício reflexivo que fizemos entre a correspondência dos domínios do instrumento de medida desenvolvido e as intervenções associadas, que os primeiros suportam e aglutinam um padrão de intervenções no mesmo âmbito de ação, também verificámos que emergiram inúmeras ações, alicerçadas em diferentes focos de atenção de enfermagem e, concomitantemente, associadas a diferentes etapas da doença. Neste sentido, e considerando o carácter inovador para a disciplina de enfermagem, mas embrionário de ambos os instrumentos - “*Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama*”/“*Painel*

de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama” – nomeadamente o instrumento referente às intervenções, considerámos mais significativo enunciar as intervenções sob a forma de “Painel”. Deste modo, e como pretendemos e ambicionámos, num horizonte próximo, implementar ambas as ferramentas em contexto clínico, deixaremos que, nesta fase, as potenciais associações resultem da realidade quotidiana. Desta forma, mais tarde, poderemos avançar com estudos de efetividade das intervenções, com base nos resultados clínicos concretos.

Estamos convictos que, alicerçados nos resultados do instrumento de medida desenvolvido, poderemos, mais tarde, delinear os modos de implementação das diferentes intervenções de enfermagem, assim como avaliar a sua efetividade, o mesmo é dizer: “... perceber quais as intervenções que se mostram mais capazes de produzir ganhos em saúde e sensíveis aos cuidados de enfermagem.” (Pereira, 2009, p. 148).

No âmbito da articulação do adquirido nesta investigação podemos inferir que o desenvolvimento do “*Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama*” e o “*Painel de intervenções de enfermagem promotoras da adaptação em mulheres com cancro da mama*” constituem duas ferramentas úteis e com potencial de utilização na prática clínica, representando um esforço de formalização do conhecimento de enfermagem, no contexto da assistência às mulheres com cancro da mama.

Reportando-nos ao título desta tese deparámo-nos com o termo “*terapêuticas de enfermagem*”, mas durante o trabalho desenvolvido utilizámos maioritariamente a designação de ação/intervenção. Contudo, tivemos sempre por base que uma terapêutica de enfermagem nos indica um caminho para atingir um resultado que conduza à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida (Lima-Basto, 2010). Contudo, o percurso desenvolvido permitiu-nos identificar as intenções dominantes das intervenções definidas. Colocar tais intenções em ação passa, certamente, por implementar as intervenções que lhe estão na base, de modos singulares e criativos. Mas, muitas vezes, a concretização de uma determinada intenção não radica num determinado comportamento concreto; antes num modo de estar, numa disposição ou, mesmo, num silêncio.

Recordámos também que, segundo a conceção teórica de Meleis (2007; 2010), as terapêuticas de enfermagem referem-se a todas as ações intencionalmente implementadas para cuidar dos doentes, abarcando tanto o cerne da intervenção como o objetivo do enfermeiro. Apesar da intencionalidade terapêutica poder englobar diferentes domínios, essencialmente move-se ao longo de três eixos: no sentido da promoção, da prevenção e

da intervenção, relacionado com o desempenho de papéis. Sendo também preconizada uma base de avaliação contínua ao longo de todo o processo, em que o plano de cuidados evolui de acordo com o curso da transição. Isto também se refere às terapêuticas.

Neste sentido, e conforme mencionámos anteriormente, julgámos que a implementação em contexto clínico, associando a avaliação do resultado à intervenção praticamente em simultâneo, ao longo do processo de transição, potenciará o cuidado holístico, através da seleção de intervenções e “modos de ajuda profissional”, especificamente dirigidas à situação e ao momento vivenciado pela mulher.

A intencionalidade terapêutica que guia o enfermeiro na implementação de uma intervenção também poderá potenciar o alcance de indicadores de resultado favoráveis à vivência desta transição saúde/doença e, deste modo, favorecer a adaptação e a obtenção de ganhos em saúde.

Importa salientar que, durante o processo de investigação, não foram nomeados explicitamente os diagnósticos de enfermagem. No entanto, implicitamente estas entidades estiveram incluídas no decurso da investigação, apenas não constituíram foco da nossa atenção e, por isso, não foram descritas e especificadas. Realçámos que ao analisar criticamente as ligações entre as classificações NANDA, NIC e NOC tivemos que dissecar e enunciar os resultados, os (eventuais) diagnósticos (segundo a NANDA) e as intervenções.

O percurso de investigação realizado, tendo presente os objetivos delineados para o estudo, os resultados e as premissas consubstanciadas sobre estes, permitem-nos concluir *“que o processo de cuidar não é linear, não segue só um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente em simultâneas...”* (Basto, 2009, p. 13). Nesta sequência, considerámos primordial dar continuidade ao processo de investigação desenvolvido.

O impacto do cancro da mama na mulher e na sociedade, a elevada taxa de incidência e prevalência, o desenvolvimento de um instrumento que monitoriza a adaptação a esta situação de doença, focalizada em indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e na posse de um vasto painel de intervenções de enfermagem, com potencial terapêutico, constituem razões que legitimam prosseguir a investigação, nomeadamente e conforme já referenciámos, com a implementação das ferramentas desenvolvidas, em contexto clínico.

Assim, o presente estudo remete-nos para a necessidade de aplicação na prática clínica dos adquiridos, visando identificar e monitorizar os indicadores de resultado da adaptação ao longo do processo de doença, em interligação com o painel de intervenções promotoras da adaptação nas doentes com doença oncológica da mama. Identificados os indicadores e sempre que o julgamento clínico do enfermeiro considerar necessário, deverão ser implementadas e/ou planeadas as intervenções de enfermagem nomeadas neste estudo e que potencialmente são promotoras da adaptação da mulher com cancro da mama. Percecionadas as áreas em que os doentes demonstram “menor” adaptação, deverão ser implementadas as intervenções que o enfermeiro considerar mais adequadas, após inferido o juízo diagnóstico. Em contexto da prática clínica, pretendemos avaliar e validar a efetividade das intervenções e tentar compreender quais as que produzem ganhos em saúde.

A avaliação e intervenção em simultâneo constituirão um contributo para o avanço da qualidade dos cuidados, para a determinação da relação entre os custos e os benefícios e dos ganhos em saúde, tendo em vista demonstrar a eficácia do “cuidar de enfermagem”.

Destacámos que a importância em prosseguir com a investigação futura também é acrescida do facto das intervenções concebidas no estudo não terem sido validadas em contexto clínico. O planeamento empírico constituirá um meio para averiguar a fiabilidade e validade das intervenções definidas e, simultaneamente, contribuir também para aprimorar a validade do instrumento de medida desenvolvido.

Estamos também convictos de que a validação das intervenções em contexto clínico, poderá permitir a identificação de “clusters”, associados às diferentes fases de tratamento da doença e intensificar a sistemática da intervenção de enfermagem, contribuindo para o planeamento estruturado do cuidado de enfermagem, mas nunca descurando a singularidade da pessoa.

O potencial de utilização clínica do adquirido com esta investigação será potenciado com a sua incorporação nos sistemas de informação em uso nas instituições. Como referimos atrás, os nossos resultados podem ser um contributo para a especificação de conteúdos a serem incluídos nos modelos clínicos de dados de enfermagem (Beale, 2002), que apoiem o desenvolvimento de sistemas de informação e de apoio à decisão clínica, em enfermagem. Hoje em dia, nas organizações, os sistemas de informação (SI) passaram a estar centrados na “comunicação”, possibilitando conhecer com maior detalhe os clientes e as suas necessidades. Os dados a incluir nos SI passam a ser considerados informação,

principalmente quando esta é uma mais-valia para o processo de tomada de decisão (Pereira, 2007), particularmente para a tomada de decisão clínica. Parafraseando novamente Florence Nightingale, o que nos interessa são factos e não opiniões; a informação não deve ser vaga ou imprecisa, assim como questões inadequadas resultarão sempre em informações incorretas. Neste sentido, parece-nos que os conteúdos definidos no nosso percurso de investigação nos pode ajudar a alcançar informação precisa e pertinente, a efetuar questões adequadas, associadas ao foco de atenção em estudo. Estas premissas facilitarão e otimizarão o processo de tomada de decisão do enfermeiro, sendo consubstanciadas em intervenções orientadas para a adaptação da mulher com cancro da mama.

Acreditámos que o estudo aqui apresentado, bem como a reflexão acerca dos seus resultados, pode constituir um ponto de referência para melhor compreender a adaptação da mulher em situação doença oncológica da mama. A construção de um instrumento de medida que monitoriza a adaptação da mulher com cancro da mama, e que permite, em simultâneo, avaliar a eficácia das terapêuticas de enfermagem, constitui um contributo genuíno para a formalização do conhecimento nesta área, não só pelo emergente, mas também pelo seu potencial de aplicação em contexto clínico.

Considerámos, ainda, pertinente destacar que ao longo do percurso deste trabalho de investigação, foram publicados os seguintes documentos:

Ferreira, L.; Santos, C.; Pereira, F. (2011). Indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto das estratégias terapêuticas promotoras da adaptação em doentes com cancro da mama, *Revista Onco.News (Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica)*, 18, 8-14;

Ferreira, L.; Santos, C.; Pereira, F. (2014). Processo de construção de um instrumento de monitorização da adaptação das mulheres ao cancro da mama, *Revista Onco.News (Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica)*, 27, 28-35;

Ferreira, L.; Santos, C.; Pereira, F. (2014). Women adaptation to breast cancer: the construction process of a measuring instrument, sensitive to nursing care. In 18th International Nursing Research Conference, Vitória. *Books of abstracts* (p. 334-335). Disponível em: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-organizacion/fd-estructura-directiva/fd-subdireccion-general-servicios-aplicados-formacion-investigacion/fd-centros-unidades/fd-investen-isciii-2/docus/2014_XVIII_encuentro_Investen_Vitoria.pdf;

Ferreira, L.; Cruz, I.; Santos, C.; Pereira, F. (2014). Intervenções de enfermagem com resultados na adaptação em mulheres com cancro da mama: Abstract. *Revista Onco.News (Investigação e Informação em Enfermagem Oncológica)*, 7(Supl.), 30-31; (1^o Prémio na Área de Investigação, na 7^a Reunião Nacional de Enfermagem Oncológica);

Ferreira, L.; Cruz, I.; Santos, C.; Pereira, F. (2014). A systematic review of nursing interventions on adaptation in women with breast cancer: Abstract. *Revista de Saúde Pública*, 48(nº esp.), 372.

Terminámos a redação deste relatório fazendo menção a um pequeno excerto de um texto descrito por Florence Nightingale no livro “*Notes of Nursing*”:

“Penso ainda que poucas coisas perturbam tanto a pessoa que sofre de enfermidade incurável e de longa duração quanto a necessidade de relatar de vez em quando, para informação da enfermeira, que de outra maneira nunca descobriria, que não pode mais fazer as coisas que podia fazer há um mês ou há um ano atrás. Para que serve uma enfermeira se não é capaz de observar estes factos?”
(Nightingale, 1989, p. 131).

Referências bibliográficas

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde.
- Beale, T. (2002). *Archetypes: Constraint-based Domain Models for Future-proof Information Systems - OOPSLA 2002 Workshop on Behavioural semantics*. Recuperado em 10 de Abril, 2014, em: www.deepthought.com.au
- Corney, R. (2000). *Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2 ed.). Lisboa: Climepsi.
- Johnson, M., Buleachek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lima-Basto, M., José, H., Gomes, I., Potra, T., Diogo, P., & Reis, A. (2010). Therapeutic Instruments Used in Therapeutic Interventions: Is There Evidence In Nursing Care? A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Caring Sciences*, 3(1), 12-21.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and progress* (4 ed.). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (Sep de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Mora, J. (1989). *Dicionário de Filosofia*. Alfragide: Dom Quixote.
- Mukherjee, S. (2012). *O imperador de todos os males Uma biografia do cancro* (1 ed.). Lisboa: Bertrand.

- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermería.
- Ortega y Gasset, J. (1914). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes.
- Pais-Ribeiro, J. (2013). Medida na Avaliação Psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 245-263.
- Pasquali, L. (2004). *Psicometria* (2 ed.). Petrópolis: Vozes.
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício profissional dos enfermeiros* (1ª ed.). Coimbra: Formasau.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico* (1º ed.). Lisboa: Lidel.
- Portela, L. (2013). *Ser Espiritual* (11ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Primi, R., Nascimento, R., & Souza, A. (2004). Critérios para avaliação de testes psicológicos. Brasília: In *Conselho Federal de Psicologia - CFP* (Org.), Avaliação dos testes psicológicos: relatório.
- Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In I. Leal, *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (1 ed., pp. 231-241). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Servan-Schreiber, D. (2007). *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Silva, A. (2011). *Intenções Dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Tavares, M. (2014). *Não se encontra o que se procura* (1ª ed.). Lisboa: Clube do Autor.

BIBLIOGRAFIA

- Abbagnano, N. (1977). *Historia da Filosofia Origens da Ciência. Copérnico. Galileu. Filosofia Moderna. Descartes. Hobbes. A Lógica de Port-Royal. Pascal. Espinoza* (Vol. VI). Vila da Feira: Editorial Presença.
- Abreu, W. (2001). *Identidades, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau.
- Akechi, T., Okamura, H., Yamawaki, S., & Uchitomi, Y. (1998). Predictors of patients' mental adjustment to cancer: patient characteristics and social support. *Br J Cancer*, 77(12), 2381–2385.
- Al-Atiyyat, N. (2009). *Pain, coping strategies, and quality of life in Arab American cancer patients*. (Doctoral dissertation). Wayne State University, Detroit, Michigan.
- Almeida, L., & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* Braga: Lusografe.
- Almeida, L., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (5ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Almeida, P., & Pereira, G. (2011). Escala comportamental de suporte social familiar para adolescentes com diabetes (DFBS). *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 55-75.
- Ambrósio, D., & Santos, M. (Out-Dez de 2011). Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 475-484.
- American Cancer Society. (2013). *Cancer facts and figures*. Disponível em: cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-036845.pdf.
- Amorim, C. (2007). *Doença Oncológica da Mama Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. (Tese de Doutoramento) Universidade do Porto. Porto.
- Anagnostopoulos, F., Kolokotroni, P., Spanea, E., & Chrysoschoou, M. (2006). The Mini-Mental Adjustment to Cancer (Mini-MAC) scale: construct validation with a Greek sample of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 15(1), 79-89.
- Andersen, B. (2002). Biobehavioral outcomes following psychological interventions for cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 590-610.
- Antoni, M. (Mar de 2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30(Suppl), S88-S98.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Hellbom, M., Johansson, B., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2007). Individual Psychosocial Support for Breast Cancer Patients - A Randomized Study of Nurse versus Psychologist Interventions and Standard Care. *Cancer Nursing*, 30(3), E10-9.
- Arving, C., Sjöden, P., Bergh, J., Lindström, A., Wasteson, E., Glimelius, B., & Brandberg, Y. (2006). Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support for breast cancer patients - A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education and Counseling*, 62(2), 235-243.
- Avelar, A., Derchain, S., Camargo, C., Lourenço, L., Sarian, L., & Yoshida, A. (2006). Qualidade de vida, Ansiedade e Depressão em Mulheres com Câncer de Mama antes e após a cirurgia. *Ciência Médica Campinas*, 15(1), 11-20.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Francisco, J. (2008). Optimismo, estratégias de coping, e ajustamento emocional em indivíduos do foro oncológico. In: *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saude* (pp. 295-298). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (3ª ed.). Lisboa: Edições 70.

- Barraclough, J. (1999). *Cancer and Emotion A Pratical Guide to Psycho-Oncology* (3ª ed.). England: John Wiley & Songs, Ltd.
- Basto, M. (2005). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Enfermagem*, 23(1), 25-41.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem.*, 13(2), 11-18.
- Basto, M. (2012). *Cuidar em Enfermagem Saberes da Prática*. Coimbra: Formasau.
- Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica. Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. Porto: Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde.
- Beale, T. (2002). *Archetypes: Constraint-based Domain Models for Future-proof Information Systems - OOPSLA 2002 Workshop on Behavioural semantics*. Recuperado em 10 de Abril, 2014, em: www.deepthought.com.au
- Benoist, E., & Goelzer, H. (s/d). *Nouveau Dictionnaire Latin- Français*. Paris: Librairie Garnier Frères.
- Bettany-Saltikov, J. (2012). *How to do a Systematic Literature Review in Nursing. A step-by-step guide*. England: McGraw-Hill Open University Press.
- Bittar, O. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, 3(12), 21-28.
- Blanchard, E. (1982). Behavioral medicine: past, present and future. *Juornal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 795-796.
- Bloom, J. (2000). The role of family support in cancer control. In L. Baider & C. Cooper (Eds.), *Cancer and the family* (pp. 55-71). 2.ª ed. New York: John Wiley & Sons.
- Bloom, J., & Spiegel, D. (1984). The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of womem with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, 19, 831-837.
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health: investigating health and health services* (4ª ed.). Philadelphia: Open University Press.
- Branco, R. (2010). Adaptation: A multi-dimensional concept? In Instituto Internacional Casa de Mateus (org.), *Adaptação - Adaptation* (pp. 98-103). Vila Real: IICM.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.
- Brennan, J. (2004). *Cancer in Context A pratical Guide to supportative care*. United Kingdom: Oxford University Press.
- Brito, A. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado - uma teoria explicativa. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais: Introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2010). *NIC: Classificação das intervenções de enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five years observational cohort. *British Medical Journal*, 330, 702-705.
- Cabral, J. (1993). *O Desafio da normalidade*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Caldas, A. (2013). *Uma visita politicamente incorrecta ao cérebro humano*. Lisboa: Guerra e Paz.
- Cangussu, R., Soares, T., Barra, A., & Nicolato, R. (2010). Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – Short Form. *J Bras Psiquiatr*, 59(2), 106-110.
- Capozzo, M., Martinis, E., Pellis, G., & Giraldi, T. (2010). An early structured psychoeducational intervention in patients with breast cancer: results from a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33(3), 228-234.

- Cardoso, R. [Coord.] (2012). *Competências Clínicas de Comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Carlsson, M., & Hamrin, E. (1994). Psychological and psychosocial aspects of breast cancer and breast cancer treatment. *Cancer Nursing, 17*(5), 418-428.
- Carvalho, J. (2009). O conceito de circunstância em Ortega y Gasset. *Revista de Ciências Humanas, 43*(2), 331-345.
- Carver, C., & Scheier, M. (1990). Origins and functions of positive and negative affect: A control-process view. *Psychological Review, 97*, 19-35.
- Carver, C., Lehman, J., & Antoni, M. (2003). Dispositional Pessimism Predicts Illness-Related Disruption of Social and Recreational Activities Among Breast Cancer Patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 813-821.
- Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., . . . Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(2), 375-390.
- Carver, C., Scheier, M., & Segerstrom, S. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889.
- Castro, A. (2001). Planejamento da pesquisa clínica. In A.A. Castro. Planejamento da pesquisa (cap. 15). São Paulo: AAC.
- Chick, N., & Meleis, A. (1986). Transition: A nursing concern. In C. Baudler, *Nursing Research Methodology* (pp. 237-257). Califórnia: Aspen Publications.
- Cho, E., & Oh, H. (2011). Effects of laughter therapy on depression, quality of life, resilience and immune responses in breast cancer survivors. *Journal of Korean Academy Of Nursing, 41*(3), 285-293.
- Choi, K., Kim, M., Lee, I., Han, S., Park, J., & Lee, J. (2011). Analysis of nursing intervention studies on patients with breast cancer in Korea. *Journal of Korean Oncology Nursing, 11*(1), 74-82.
- Christopher, K., & Morrow, L. (2004). Evaluating a community-based exercise program for women cancer survivors. *Applied Nursing Research, 17*(2), 100-108.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K., & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology, 15*(6), 434-437.
- Coleman, E., Tulman, L., Samarel, N., Wilmoth, M., Richel, L., Richel, L., & Stewart, C. (2005). The Effect of Telephone Social Support and Education on Adaptation to Breast Cancer during the Year Following Diagnosis. *Oncology Nursing Forum, 32*(4), 822-829.
- Compas, B., & Luecken, L. (2002). Psychological Adjustment to Breast cancer. *American Psychological Society, 11*(3), 111-114.
- Corney, R. (2000). *Desenvolvimento das perícias de comunicação e aconselhamento em medicina* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Costa, I. (2011). *Mulheres mastectomizadas: acesso à informação e aprendizagem de capacidades*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Cotton, S. L. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 8*(5), 429-438.
- Courneya, K., Segal, R., Gelmon, K., Reid, R., Mackey, J., Friedenreich, C., . . . McKenzie, D. (2007). Six-month follow-up of patient-rated outcomes in a randomized controlled trial of exercise training during breast cancer chemotherapy. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 16*(12), 2572-2578.
- Coward, D., & Kahn, D. (2005). Transcending breast cancer: making meaning from diagnosis and treatment. *J Holist Nurs, 23*(3), 264-283.
- Cruikshank, S., Kennedy, C., Lockhart, K., Dossier, I., & Dallas, L. (2008). Reviews Specialist breast care nurses for supportive care of women with breast cancer. Obtido da Cochrane Database Of Systematic. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary>

- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. B., & Marks, S. (2008). *Enfermagem baseada em evidências Uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.
- Damáσιο, A. (1999). *O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano* (19ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Davis, C. (2004). Psychosocial Needs of Women with Breast Cancer: How can Social Workers Make a Difference? *Health Soc Work*, 29(4), 330-4.
- Dean, C., & Surtess, P. (1989). -Do psychosocial factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 651-9.
- Deep, C., & Leal, I. (2002). Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. In *Actas do 4º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: A saúde numa perspectiva de ciclo de vida* (pp. 335-340).
- Descartes. (2010). *Discurso do Método*. Oeiras: Ad Astra Et Ultra, SA.
- Deters, G. (2003). Cancro. In W. Phipps, J. Sands, & J. Marek, *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (8ª ed.). Loures: Lusociência.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Saúde na Comunidade Guia Orientador para Elaboração de Indicadores*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.
- Drageset, S., & Lindstrøm, T. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis demographic factors and social support. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 217-226.
- Dunckel-Schetter, C. (1984). Social support and cancer: Findings based on patient interviews and their implications. *Journal of Social Issues*, 40(4), 77-98.
- Edwards, A., Hailey, S., & Maxwell, M. (2004). Psychological interventions for women with metastatic breast cancer (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Eicher, M., Marquard, S., & Aebi, S. (2006). A nurse is a nurse: a systematic review of the effectiveness of specialised nursing in breast cancer. *European Journal of Cancer*, 42, 3117-3126.
- Epping-Jordan, J., Compas, B., Osowiecki, D., Oppedisano, G. G., Primo, K., & Krag, D. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health Psychology*, 18(4), 315-326.
- Erikson, J., & Field, R. (2010). Cancro. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green, *Phipps Enfermagem Médico-Cirúrgica Perspectivas de Saúde e Doença* (8ª ed., pp. 525-580). Loures: Lusodidacta.
- Estepé, T. (2001). Disfunciones sexuales en pacientes de cáncer. In M. Dias, & E. Durá, *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 481-492). Lisboa: Climepsi.
- Fawzy, F. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what works and what doesn't. *Eur J Cancer*, 35, 1559-64.
- Fawzy, F., Fawzy, N., Arndt, L., & Pasnau, R. (1995). Critical Review of Psychosocial Interventions in Cancer Care. *Arch Gen Psychiatry*, 2, 100-13.
- Felton, B., & Revenson, T. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- Fernandes, S. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro da Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos*. Braga: Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.
- Fernandes, S., & McIntyre, T. (2002). Avaliação da eficácia de um programa de intervenção breve em mulheres com cancro da mama. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 7(2), 359-379.
- Fernández, C., & Flores, A. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207
- Ferreira, L. M. (2006). *Emoções e estratégias de coping face ao diagnóstico de doença oncológica*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.

- Filho, A. (2006). *Teoria Sobre o Método Científico*. Recuperado em 06 dezembro, 2013, em: <http://www.ecientificocultural.com/ECC3/metciem1.htm>
- Filipp, S., Klauer, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: an analysis of coping effectiveness. *Psychological Health, 4*, 305-317.
- Fillion, L., Gagnon, P., Leblond, F., Gélinas, C., Savard, J., Dupuis, R., . . . Larochelle, M. (2008). A brief intervention for fatigue management in breast cancer survivors. *Cancer Nursing, 30*(2), 145-159.
- Folkman, S., & Greer, S. (Jan-Feb de 2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psychooncology, 9*(1), 11-9.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Foster, R. (2001). Who is responsible for measuring Nursing Outcomes? *Journal for Specialists in Paediatric Nursing, 6*(3), 107-108.
- Fougo. (2012). *Gânglio Sentinela e Cancro da Mama: do conceito à aplicação clínica*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- Frankl, V. (2012). *O Homem em Busca de um Sentido*. Alfragide: Lua de Papel.
- Fukui, S., Koike, M., Ooba, A., & Uchitomi, Y. (2003). The Effect of a Psychosocial Group Intervention on Loneliness and Social Support for Japanese Women With Primary Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum, 30*(5), 823-830.
- Fukui, S., Kugaya, A., Okamura, H., S., F., Kugaya, A., Okamura, H., . . . Uchitomi, Y. (2000). A Psychosocial Group Intervention for Japanese women with primary breast carcinoma. *Cancer, 89*(5), 1026-1035.
- Fukui, S., Ogawa, K., Ohtsuka, M., & Fukui, N. (2008). A randomized study assessing the efficacy of communication skill training on patients' psychological distress and coping. *Cancer, 113*(6), 1462-1470.
- Gall, T., & Cornblat, M. (2002). Breast Cancer survivors give voice: a qualitative analysis of spiritual factors in long-term adjustment. *Psychooncology, 11*(6), 524-535.
- Ganz, P., Desmond, K., Leedham, B., Rowland, J., Meyerowitz, B., & Belin, T. (2002). Quality of life in long-term, disease free survivors of breast cancer: a follow-up study. *Journal of the National Cancer Institute, 94*(1), 39-49.
- Ganz, P., Kwan, L., Stanton, A., Krupnick, J., Rowland, J., Meyerowitz, B., . . . Belin, T. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute, 96*(5), 376-377.
- Goossen, W. (2000). *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.
- Greenslade, M., & House, C. (2006). Living with lymphedema: a qualitative study of women's perspectives on prevention and management following breast cancer-related treatment. *Canadian Oncology Nursing Journal, 16*(3), 165-179.
- Greer, S., Moorey, S., & Watson, M. (1989). Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res., 33*(3), 373-377.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979). Psychological response to breast cancer: Effect on outcome. *The Lancet, 2*(8146), 785-787.
- Grupo de trabalho cancro da mama. (2009). *Recomendações Nacionais para diagnóstico e Tratamento do cancro da mama*. Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas.
- Guerra, M. (1998). *Sida: implicações psicológicas*. Lisboa: Fim de Século.
- Guerra, M., & Lima, L. (2005). *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Gümüş, A., & Çam, O. (2008). Effects of emotional support-focused nursing interventions on the psychosocial adjustment of breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 9*(4), 691-697.

- Hall, A., A'Hern, R., & Fallowfield, L. (1999). Are we using appropriate self-report questionnaires for detecting anxiety and depression in women with early breast cancer? *European Journal of Cancer*, 35(1), 79-85.
- Heim, E., Valach, L., & Schaffner, L. (1997). Coping and psychosocial adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408-418.
- Helgeson, V. (2005). Recent Advances in Psychosocial Oncology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 268-271.
- Henselmans, I., Sanderman, R., Baas, P., Smink, A., & Ranchor, A. (2009). Personal control after a breast cancer diagnosis: stability and adaptive value. *Psychooncology*, 18(1), 104-8.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hicks, C. (2006). *Métodos de Investigação para terapeutas clínicos. Conceção de Projectos de Aplicação e Análise* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Holick, C., Newcomb, P., Trentham-Dietz, A., Titus-Ernstoff, L., Bersch, A., Stampfer, M., . . . Willett, W. (2008). Physical activity and survival after diagnosis of invasive breast cancer. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 17(2), 379-386.
- Holmes, M., Chen, W., Feskanich, D., Kroenke, C., & Colditz, G. (2005). Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA*, 293(20), 2479-2486.
- Hughes, J. (1986). Emotional reactions to the diagnosis and treatment of early breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 26(2), 277-283.
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica Uma abordagem epidemiológica* (3ª ed.). São Paulo: Artmed.
- Hutz-Midgett, A., Dumas, D., Dickinson, B., Dondero, A., Johnson, M., & Kimball, J. (2012). Untangling Hope and Optimism: Implications for Counselors. *Ideas and Research You Can Use: VISTAS*, 1, 1-9.
- ICN. (2007). *International Council of Nurses - Position Statement on Nursing Research*. Genebra: ICN.
- ICN. (2009). *ICN - Nursing Matters*. Genebra: International Council of Nurses.
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE® versão 2- Tradução oficial Portuguesa)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Instituto Português de Oncologia. (2012). *Cancro da Mama Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento*. Coimbra: Bloom up.
- International Agency for Research on Cancer. (2012). *Breast Cancer - Estimated Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide*. Recuperado em 20 de Agosto, 2014, em: <http://globocan.iarc.fr/old/FactSheets/cancers/breast-new.asp>.
- IPO - Coimbra. (2012). *Cancro da Mama Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento*. Coimbra: Bloom up.
- ISO International Standard (2014). *ISO 18104: Health informatics – Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems*.
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., & Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Supression, and Psychological distress before and after Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*, 46, 19-24.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jahraus, D., Sokolosky, S., Thurston, N., & Guo, D. (2002). Evaluation of an education program for patients with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 25(4), 266-275.
- Jennings-Sanders, A., Kuo, Y., Anderson, E., & Freeman, J. (2005). How Do Nurse Case Managers Care for Older Women With Breast Cancer? *Oncology Nursing Forum*, 32(3), 625-632.

- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J. M., Maas, M., & Swanson, E. (2006). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2009). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Joint Commission. (1989). Agenda for change – Characteristics of Clinical Indicators. *Quality Review Bulletin*, 15(11), 330-9
- Kärki, A. (2005). *Psychotherapy for the functioning of breast cancer patients. Studies of the effectiveness of psychotherapy methods and exercise of the content and timing of postoperative education and of the experienced functioning and disability* (Academic dissertation). University of Ivväskvlä. Ivväskvlä.
- Kayo, E., & Securato, J. (1997). Método Delphi: fundamentos, críticas e vieses. *Cadernos de Pesquisa em Administração*, 1(4), 51-61.
- Keitel, W., & Kopala, M. (2000). *Counseling Women with Breast Cancer. A Guide for Professionals*. United States of America: Sage Publications.
- Kershaw, T., Nourhouse, L., Kritpracha, C., A., S., & Mood, D. (2004). Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychology and Health*, 19(2), 139-155.
- Kinney, C., Rodgers, D., Nash, K., & Bray, C. (2003). Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. *Journal Of Holistic Nursing: Official Journal Of The American Holistic Nurses' Association*, 21(3), 260-279.
- Kirk, M., & Hudis, C. (2008). Insight into barriers against optimal adherence to oral hormonal therapy in women with breast cancer. *Clinical Breast Cancer*, 8(2), 155-161.
- Kissane, D., Bloch, S., Smith, G., Miach, P., Clarke, D., Ikin, J., . . . McKenzie, D. (2003). Cognitive - existential group psychotherapy for women with breast cancer: a randomised controlled trial. *Psychooncology*, (6), 532-546.
- Kleftaras, G., & Psarra, E. (2012). Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: a comparative study. *Psychology*, 3(4), 337-345.
- Kneier, A., & Temoschoc, L. (1984). Repressive coping reactions in patients with malignant melanoma as compared to cardiovascular disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 145-155.
- Knobf, M. (2007). Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 23(1), 71-73.
- Knobf, M. (2011). Clinical Update: Psychosocial Responses in Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 27(3), e1-e14.
- Koocher, G. (1986). Coping with a death from cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(5), 623-631.
- Krueger, R. A., & King, J. A. (1998). Involving Community Members in Focus Groups. In D. L. Morgan Organ, & R. A. Krueger, *Focus groups Kit* (Vol. 5). Thousand Oaks: California: Sage.
- Kvillemo, P., & Bränström, R. (2011). Experiences of a mindfulness-based stress-reduction intervention among patients with cancer. *Cancer Nursing*, 34(1), 24-31.
- Lauridsen, M., Christiansen, P., & Hessel, I. (2005). The effect of physiotherapy on shoulder function in patients surgically treated for breast cancer: a randomized study. *Acta Oncologica*, 44(5), 449-457.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. (2000). Evolution of a model of stress, coping, and discrete emotions. In V. Rice, *Handbook of stress, coping and health: implications for nursing research, theory and practice* (pp. 195-222). London: Sage Publications.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ledoux, J. (2000). *O Cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Pergaminho.

- Lee, S., Back, A., Block, S., & Stewart, S. (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, 464-483.
- Leprohon, J. (Janeiro de 2002). A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, 5, p. 26.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (2014). *O Cancro da Mama*. Obtido em 2 de Setembro, 2014, em: <http://www.ligacontracancro.pt/gca/index.php?id=14>
- Lima, E., Lima, A., & Ferraz, A. (2006). Características demográficas e clínicas de adaptação psicossocial entre mulheres com com câncer de mama. *Revista Mineira de Enfermagem*, 10(4), 382-386.
- Lima-Basto, M., José, H., Gomes, I., Potra, T., Diogo, P., & Reis, A. (2010). Therapeutic Instruments Used in Therapeutic Interventions: Is There Evidence In Nursing Care? A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Caring Sciences*, 3(1), 12-21.
- Liu, L., Li, C., Tang, S., Huang, C., & Chiou, A. (2006). Role of continuing supportive cares in increasing social support and reducing perceived uncertainty among women with newly diagnosed breast cancer in Taiwan. *Cancer Nursing*, 29(4), 273-282.
- Lohrlich, C., & Piccart, M. (2006). Câncer de mama. In R. Pollock, J. Doroshow, D. Khayat, A. Nakao, & B. O'Sullivan, *Manual de Oncologia Clínica da UICC* (8ª ed., pp. 505 - 536). São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients. *J Med Assoc Thai*, 90(10), 2164-2174.
- Magaletta, P., & Oliver, J. (1999). The hope construct, will and ways: Their relative relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 539-551.
- Malak, A., & Gümüş, A. (2009). Nursing Interventions and Factors Affecting Physical, Psychological and Social Adaptation of Women with Breast Cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10(1), 173-176.
- Maluf, M., Mori, L., & Barros, A. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(2), 149 - 154.
- Manne, S., Ostroff, J., Fox, K., Grana, G., & Winkel, G. (2009). Cognitive and social processes predicting partner psychological adaptation to early stage breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 14, 49-68.
- Manuel, J., Burwell, S., Crawford, S., Lawrence, R., Farmer, D., Hege, A., . . . Avis, N. (2007). Younger women's perceptions of coping with breast cancer. *Cancer Nursing*, 2, 85-94.
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marcos, L. (2011). *Superar a adversidade o poder da resiliência*. Lisboa: Planeta.
- Marek, K. (1997). Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Management for Nursing Practice*, 1(1), 8-12.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística Com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Marques, A., & Santos, L. (1981). *Filosofia 2*. Lisboa: A Regra do Jogo.
- Martin, P. (2004). *A Mente doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença* (2ª ed.). Lisboa: Bizâncio.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. In M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e sua família* (pp. 15-25). Lisboa: Climepsi.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Psicoterapia com doentes oncológicos e seus familiares: pertinência e objectivos. In M. Pereira, & C. Lopes, *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- McEwen, M., & Wills, E. (2009). *Bases Teóricas para Enfermagem* (2ªed.). São Paulo: Artmed Editora S.A.

- McIntyre, T., Fernandes, S., & Pereira, M. (2002). Intervenção psicossocial breve na situação oncológica em contexto de grupo. In M. Durá, *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 281-301). Lisboa: Climepsi.
- Meichenbaum, D., & Jaremko, M. (1983). *Stress management and prevention: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Plenum Press.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and progress* (4^a ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., & Trangenstein, P. (1994). Facilitating Transitions redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger, M., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Melo, M. (2005). *A Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Miaskowski, C., Shockney, L., & Chlebowski, R. (2008). Adherence to oral endocrine therapy for breast cancer: a nursing perspective. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(2), 213-221.
- Miyashita, M. (2005). A randomized intervention study for breast cancer survivors in Japan. *Cancer Nursing*, 28(1), 70-78.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: A bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. 1- 31.
- Moorey, S., & Greer, S. (2002). *Cognitive behaviour therapy for people with cancer*. New York: Oxford University Press.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4^a ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Moos, R., & Shafer, J. (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In R. Moos, *Coping with physical illness: new perspectives* (Vol. 2, pp. 3-25). Nova York: Plenum Press.
- Mora, J. (1989). *Dicionário de Filosofia*. Alfragide: Dom Quixote.
- Moreira, H., & Canavarró, M. (2009). Qualidade de Vida e perturbação Emocional no Cancro da Mama. Um Estudo Longitudinal sobre a Qualidade de Vida e Perturbação Emocional Durante o Percurso do Cancro da Mama. *Saúde Mental*, XI(6), 11- 24.
- Moreli, L., Stacciarini, J., Cardoso, A., & Carvalho, E. (2009). Intervenções utilizadas na promoção de estratégias de coping na depressão em mulheres com câncer. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 41-45.
- Moreno-Casbas, T. (2001). Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*, 35(6), 857-863.
- Morse, J., & Field, P. (1998). *Nursing Research: the application of a qualitative approaches* (2 ed.). London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd.
- Mukherjee, S. (2012). *O imperador de todos os males Uma biografia do cancro*. Lisboa: Bertrand.
- Mutrie, N., Campbell, A., Whyte, F., McConnachie, A., Emslie, C., Lee, L., . . . Ritchie, D. (2007). Benefits of supervised group exercise programme for women being treated for early stage breast cancer: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 334(7592): 517.
- National Breast Cancer Centre. (2000). *Specialist breast nurses: an evidence-based model for Australian practice specialist breast nurse project team*. Australia: National Breast Cancer Centre.
- National Breast Cancer Centre and National Cancer Control Initiative. (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Camperdown: NSW.
- National Breast Centre Advanced Breast Cancer Working Group. (2001). *Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer*. Australia: AusInfo.

- National Health Service Cancer Screening Programmes. (2008). *Quality Assurance Guidelines for Clinical Nurse Specialists in Breast Cancer Screening*. Sheffield: NHS Cancer Screening Programmes.
- Nightingale, F. (1989). *Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é*. São Paulo: Cortez Editora.
- Nogueira, M., Azeredo, Z., & Santos, A. (2012). Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(4), 749-759.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi.
- Okoli, C., & Pawlowski, S. (2004). The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & Management*, 42(1), 15-29.
- Oliveira, J. (2004). *Psicologia positiva*. Porto: ASA.
- Oliveira, M., Castro, S., Almeida, S., & Moutinho, S. (2012). *Cancro, Vidas em Reconstrução. Uma Abordagem Psicológica à Doença, suas Problemáticas e Emoções*. Porto: Livpsic.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson - Salvat Enfermaria.
- Ortega y Gasset, J. (1914). *Meditaciones del Quijote*. Madrid: Publicaciones de la Residencia de Estudiantes.
- Osowiecki, D., & Compas, B. (1998). Psychological adjustment to cancer: control beliefs and coping in adult cancer patients. *Cognitive Therapy and Research*, 22(5), 483-499.
- Otto, S. (2000). *Enfermagem em oncologia* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Oz, F., Dil, S., Inci, F., & Kamisli, S. (Jul-Aug de 2012). Evaluation of group counseling for women with breast cancer in Turkey. *Cancer Nursing*, 35(4), 27-34.
- Pais-Ribeiro, J. (2013). Medida na Avaliação Psicológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14(1), 245-263.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., . . . Martins-da-Silva, A. (2006). Estrutura da boa vida em pessoas com doença crónica. In Instituto Superior de Psicologia Aplicada. *Psicologia da saúde: género e saúde* (pp. 137-146). Lisboa: ISPA.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., . . . Martins-da-Silva, A. (2006). *O Ajustamento à doença crónica: Aspectos Conceptuais*. Porto: Universidade do Porto.
- Park, J., Bae, S., Jung, Y., & Kim, K. (Jan-Feb de 2012). Quality of life and symptom experience in breast cancer survivors after participating in a psychoeducational support program: a pilot study. *Cancer Nursing*, 35(1), pp. 34-41.
- Pasquali, L. (2004). *Psicometria* (2ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP*, 43, 992-999.
- Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. (Tese de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa e Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73.
- Patrão, I., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Modelos de equações estruturais: estudo do impacto do ciclo psico-oncológico do cancro mama (diagnóstico, cirurgia e tratamentos). (I.-I. UIPES – Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde, Ed.). *Psychology, Community & health*, 1, 33-55.
- Paulino, S. (s.d.). Sistemas de Informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros. In M. Robalo, *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal* (pp. 225 - 242). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

- Pereira, H., Vieira, G., Vunda, I., & Santos, L. (2014). Tratamento com Radioterapia do Cancro da Mama. In L. Santos, & B. Lopes, *Cancro da Mama O que devemos saber? Do diagnóstico ao tratamento* (pp. 163-174). Lisboa: Lidel.
- Pereira, S., Rosenhein, D., Bulhosa, M., Lunardi, V., & Filho, W. (nov-dez de 2006). Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(6), 791-795.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina.
- Pinto, M. (2009). As vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas: conhecer e compreender para cuidar. (Tese de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Lidel.
- Polit, D., & Beck, C. (2011). *Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portela, L. (2013). *Ser Espiritual* (11ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Primi, R., Nascimento, R., & Souza, A. (2004). Critérios para avaliação de testes psicológicos. In Conselho Federal de Psicologia (org.), *Avaliação dos testes psicológicos: Relatório* (pp. 20-30). Brasília: CFP
- Rand, K. (Feb de 2009). Hope and optimism: latent structures and influences on grade expectancy and academic performance. *J Pers*, 77(1), 231-260.
- Ream, E., Richardson, A., & Alexander-Dann, C. (2006). Supportive intervention for fatigue in patients undergoing chemotherapy: A randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 148-161.
- Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2006). Relação entre a psicologia positiva e as suas variáveis protectoras e a qualidade de vida e bem-estar como variáveis de resultado. In I. Leal, *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 231-241). Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde* (3ª ed.). Porto: Legis.
- Ribeiro, J., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (mini-MAC). *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4(2), 231-247.
- Ritz, L., Nissen, M., Swenson, K., Farrell, J., Sperduto, P., Sladek, M., . . . Schroeder, L. (Jul de 2000). Effects of advanced nursing care on quality of life and cost outcomes of women diagnosed with breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 27(6), 923-932.
- Rodrigues, C. (1985). Conceito de Motivação. In C. Rodrigues, & J. Pina-Cabral, *Motivação Conceito. Aspectos Fundamentalmente Inatos* (pp. 47-55). Porto: Contraponto.
- Rodrigues, C., & Pina-Cabral, J. (1985). *Motivação Conceito. Aspectos Fundamentalmente Inatos*. Porto: Contraponto.
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Rustøen, T., Cooper, B., & Miaskowski, C. (2011). A longitudinal study of the effects of a hope intervention on levels of hope and psychological distress in a community-based sample of oncology patients. *European Journal of Oncology Nursing: The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 15(4), 351-357.
- Salonen, P., Kellokumpu-Lehtinen, P., Tarkka, M., Koivisto, A., & Kaunonen, M. (2011). Changes in quality of life in patients with breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 20(1-2), 255-266.
- Samarel, N., Tulman, L., & Fawcett, J. (2002). Effects of two types of social support and education on adaptation to early-stage breast cancer. *Research in Nursing and Health*, 25(6), 459-470.

- Sampaio, D. (2008). *a razão dos avós*. Lisboa: Caminho.
- Sandgren, A., & McCaul, K. (2007). Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(1), 38-47.
- Santos, C. (2006). *Doença Oncológica representação, coping e qualidade de vida*. Coimbra: Formasau.
- Santos, L., Tavares, G., & Reis, P. (jul -set de 2012). Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama. *Esc Anna Nery*, 16(3), pp. 459-465.
- Santos, S. (2013). Contributo de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Transição da Mulher Mastectomizada (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Saraiva, A. (1977). *Psicologia* (2ª ed.). Lisboa: Platano.
- Saraiva, A. (1978). *Filosofia*. Lisboa: Platano.
- Scarpato, A., Laus, A., Azevedo, A., Freitas, M., Gabriel, C., & Chaves, L. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(1), 242-251.
- Schlossberg, N. (1981). A Model for Analysing Human Adaptation to Transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 2-18.
- Schneider, S., & Hood, L. (2007). Virtual reality: A distraction intervention for chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 39-46.
- Schneider, S., Prince-Paul, M., Allen, M., Silverman, P., & Talaba, D. (Jan-Feb de 2004). Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy. *Oncol Nurs Forum*, 31(1), 81-8.
- Schumacher, K., & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schumaker, K., & Meleis, A. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. Meleis, *Transitions Theory* (pp. 38-51). New York: Spring Publishing Company.
- Scott, J., Halford, W., & Ward, B. (2004). United we stand? The effects of a couple-coping intervention on adjustment to early stage breast or gynecological cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1122-1135.
- Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2011). *Anatomia e Fisiologia* (8ª ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- Seligman, L. (1996). *Promoting a Fighting Spirit*. California: Jossey-Bass.
- Selye, H. (1987). Qué es le síndrome general de adaptación. In S. Bensabat, & H. Selye, *Stress: grandes especialistas responden* (pp. 24-28). Bilbao: Mensagero.
- Sequeira, M., & Silva, M. (2011). Programa de Exercício Após Cirurgia por Cancro de Mama: Estudo Piloto Aleatorizado e Controlado. *Ifisionline*, 2(1), 22-30.
- Serra, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano vaz Serra.
- Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 279 - 308.
- Serra, A. (2007). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra: Adriano Vaz Serra.
- Servan-Schreiber, D. (2007). *Curar o stress, a ansiedade e a depressão sem medicamentos nem psicanálise*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Sherman, A., & Simonton, S. (2012). Effects of personal meaning among patients in primary and specialized care: association with psychosocial and physical outcomes. *Psychology & Health*, 27(4), 475-490.
- Sherman, D., Haber, J., Hoskins, C., Budin, C., Maislin, G., Shukla, S., . . . Roth, A. (2012). The effects of psychoeducation and telephone counseling on the adjustment of women with early-stage breast cancer. *Applied Nursing Research*, 25(1), 3-15.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.

- Silva, A. (2011). *Intenções Dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Porto: Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.
- Silva, G., & Santos, M. (2008). “Será que não vai acabar nunca?”: Percutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto e contexto- enfermagem*, 17(3), 561-568.
- Silva, L., Bianchi, F., Rodrigues, H., Maurício, J., & Guimarães, T. (2004). *Cancro da mama. Normas de orientação clínica*. Porto: Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil - Centro Regional Oncologia do Porto, SA.
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. (2011). Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. *Revista portuguesa de saúde pública*, 1(29), 64-76.
- Silva, S., Moreira, H., & Canavarro, M. (2009). Ansiedade e depressão após o Diagnóstico e Sobrevivência para o Cancro da Mama. *Saúde Mental*, 11(5), 29 - 41.
- Simonet, G. (2010). The concept of adaptation: interdisciplinary scope and involvement in climate change. *S.A.P.I.E.N.S.*, 3(1), 1-9.
- Skrabsi, A., Kopp, M., Rózsa, S., Réthelyi, J., & Rahe, R. (2005). Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 78-85.
- Smeltezer, S., Bare, B., Hinkle, J., & Cheever, K. (2010). *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabra Koogan.
- Sneddon, M., & Lewis, M. (Jan 25-Feb 7 de 2007). Lymphoedema: a female health issue with implications for self care. *Br J Nurs*. 16(2), pp. 76-81.
- Snyder, C. (1995). Conceptualizing, Measuring, and Nurturing Hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355-360.
- Snyder, C., Kevin, L., & Sigmon, R. (2002). Hope Theory A Member of the Positive Psychology Family. In *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Sousa, P. (2006). *Sistemas de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde: um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau.
- Sousa, P. (2011). Sistemas de Informação e profissionais de saúde - visão dos enfermeiros. In M. Robalo, *Sistemas de Informação na Saúde: Perspetivas e Desafios em Portugal* (pp. 225-242). Lisboa: Edições Sílabo.
- Souza, V., Panobianco, M., Almeida, A., Prado, M., & Santos, M. (2007). Fatores predisponentes ao linfedema de braço referidos por mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem UERJ*, 15(1), 87-93.
- Spiegel, D. (15 de Sep de 1990). Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer*, 66(6 Suppl), pp. 1422-1426.
- Stang, I., & Mittelmark, M. (2010). Intervention to enhance empowerment in breast cancer self-help groups. *Nursing Inquiry*, 17(1), 46-56.
- Stanton, A., & Snider, P. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 78, 1150-1169.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., & Huggins, E. (2002). The first year after breast cancer diagnoses: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11, 93-102.
- Stanton, A., Danoff-Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., . . . Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-882.
- Stanton, A., Ganz, P., Rowland, J., Meyerowitz, B., Krupnick, J., & Sears, S. (2005). *Promotion Adjustment after Treatment for Cancer*. Los Angeles: American Cancer Society. University of California
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem Avançando o Imperativo Humanista* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- Taleghani, F., Babazadeh, S., Mosavi, S., & Tavazohi, H. (February de 2012). The effects of peer support group on promoting quality of life in patients with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17, S125-S130.
- Tavares, M. (2014). *Não se encontra o que se procura*. Lisboa: Clube do Autor.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to Threatening Events A Theory of Cognitive Adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161-1173.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J., & Gruenewald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55(1), 99-109.
- Taylor, S., Lichtman, R., & Wood, J. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- Tehrani, A., Farajzadegan, Z., Rajabi, F., & Zamani, A. (May de 2011). Belonging to a peer support group enhance the quality of life and adherence rate in patients affected by breast cancer: A non-randomized controlled clinical trial. *Journal of Research on Medical Science*, 16(5), 658-665.
- Thiry-Cherques, H. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *PMKT*, 3(1), 111-114.
- Unidade funcional de patologia mamária grupo multidisciplinar de patologia mamária IPO - Coimbra. (2012). *Cancro da Mama Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento*. Coimbra: bloom up, lda.
- Vala, J. (1986). Análise de conteúdo. In A. Santos, & J. Madureira, *Metodologia das ciências sociais* (pp. 28-101). Porto: Afrontamento.
- Varela, M., & Leal, I. (2007). Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 3 (25), 479-488.
- Venâncio, J. (2004). Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50(1), 55-63.
- Veríssimo, R. (2000). *Doença Inflamatória do Intestino: factores psicológicos*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina do Porto.
- Vespa, A., Jacobsen, P. B., Spazzafumo, L., & Balducci, i. L. (2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*, 20(1), 5-11.
- Vieira, M. (2009). *Ser Enfermeiro* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.
- Villoria, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis Doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.
- Vos, P., Visser, A., Garssen, B., Duivenvoorden, H., & de Haes, H. (2006). Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling*, 60(2), 212-219.
- Watson, M., Greer, S., Rowden, L., Gorman, C., Robertson, B., Bliss, J. m., & Tunnore, R. (1991). Relationships between emotional control adjustment to cancer and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- Watson, M., Greer, S., Yuong, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson. (1988). Development of a questionnaire of adjustment to cancer: The MAC Scale. *Psychological Medicine*, 18, 203- 09.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The mini-MAC: further development of mental adjustment to cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12(3), 33-47.
- Wilmoth, M., Tulman, L., Coleman, E., Stewart, C., & Samarel, N. (Jan de 2006). Women's perceptions of the effectiveness of telephone support and education on their adjustment to breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 33(1), 138-44.
- World Health Organization. (2013). *Latest world cancer statistics - Global cancer burden rises to 14.1 million new cases in 2012: Marked increase in breast cancers must be addressed*. International Agency for Research on Cancer - Press release. Disponível em: https://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2013/pdfs/pr223_E.pdf

Wright, J., & Giovinazzo, R. (2000). Delphi uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 1(12), 54-65.

Yoo, M., Lee, H., & Yoon, J. (2009). Effects of a cognitive-behavioral nursing intervention on anxiety and depression in women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Journal of Korean Academy Of Nursing*, 39(2), 157-165.

Zabalegui, A., Sanchez, S., Sanchez, P., & Juando, C. (2005). Nursing and cancer support groups. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 369-381.

Zagonel, I. P. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Rev.latino-am.enfermagem*, 7(3), 25-32.