

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE MONITORIZAÇÃO DA ADAPTAÇÃO DAS MULHERES AO CANCRO DA MAMA

Luis Miguel Ferreira

Sc.M. (Ciências de Enfermagem); Escola Superior
Enfermagem do Porto, Portugal
lmferreira@esenf.pt

Célia Santos

PhD (Psicologia da Saúde); Escola Superior
Enfermagem do Porto, Portugal
celiasantos@esenf.pt

Filipe Pereira

PhD (Enfermagem); Escola Superior Enfermagem do Porto,
Portugal
filipereira@esenf.pt

RESUMO: 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. A monitorização da adaptação das doentes ao longo da transição saúde/doença, com recurso a indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, potenciará o delineamento de terapêuticas de enfermagem eficazes e eficientes, com repercussões na melhoria dos cuidados. Partimos para a construção de um instrumento de medida devido à inexistência uma escala que avalie o constructo adaptação, focada no resultado.

Objetivo: Descrever a segunda parte do processo de construção de uma escala que tem como objetivo avaliar a adaptação das mulheres ao cancro da mama e que seja sensível aos cuidados de enfermagem.

Metodologia: Abordagem exploratória, qualitativa e quantitativa. O processo de construção decorreu ao longo de seis etapas, das quais cinco já foram descritas em artigo prévio: revisão da literatura; entrevistas a pessoas com cancro da mama que pertencem a um grupo de autoajuda, 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; análise por painel de peritos. Neste artigo descreve-se a sexta etapa de construção do instrumento que especifica a realização de um *survey* nos Institutos de Oncologia Nacionais.

Resultados: O resultado deste estudo culminou numa escala denominada “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”, constituída por 35 indicadores de resultado.

Discussão: No processo de construção da escala constata-se a multidimensionalidade do constructo “adaptação”. Tendo por base a NOC, verifica-se que o instrumento de medida agrega 18 domínios que se desdobram em 35 itens que correspondem aos indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Conclusão: Descrevemos a última parte do processo de construção de um instrumento de medida que pretende avaliar o resultado da adaptação da mulher ao cancro da mama, e que assegura a sua validade de conteúdo. O instrumento pode constituir um contributo com utilidade clínica, possibilitando que o enfermeiro monitorize o resultado das suas intervenções com vista a uma transição saudável

PALAVRAS-CHAVE: Adaptação; indicadores de resultado; cancro da mama, enfermagem.

ABSTRACT: *Oncologic disease is an aversive context, stressor, to which the person responds in the attempt to repair the troubled relation between herself and the environment, triggering a process of adaptation. The monitoring of the adaptation of patients along the health/illness transition, using indicators sensitive to nursing care, will enhance the design of effective and efficient nursing therapeutics, with repercussions on care improvement. We went for the construction of a measuring instrument due to lack a scale that assesses the construct adaptation, focused on the results.*

Objective: *To describe the second part of the construction of a measuring instrument that aims to evaluate the adaptation of women to breast cancer and that is sensitive to nursing care process.*

Methodology: *Approach: exploratory, qualitative and quantitative. The building process took place over six stages, five of which have been described in a previous article: literature review; interviews with people with breast cancer who belong to a self-help group, selection of outcome indicators sensitive to nursing care, as described in the NOC; critical reading of the connections of the NANDA and NOC classifications; analysis by the expert panel. This article describes the sixth stage of construction of the measuring instrument that includes conducting a survey on the National Institutes of Oncology.*

Results: *The results of this study culminated in a scale called "Instrument for monitoring the adaptation of women to breast cancer," which consists of 35 outcome indicators.*

Discussion: *In the process of construction of the scale it is evident the multidimensionality of the construct "adaptation". Based on NOC, it is found that the measuring instrument aggregates 18 fields which unfold into 35 items that correspond to the outcome indicators sensitive to nursing care.*

Conclusion: *We describe the last part of the construction of a measuring instrument that aims to evaluate the result of the adaptation of women to breast cancer, and that ensures its content validity process. The instrument can be a contribution to clinical utility, enabling nurses to monitor the result of their interventions towards a healthy transition.*

KEYWORDS: *Breast cancer; adaptation; coping; nursing interventions.*

I. 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, apesar da perspetiva real de cura.

Esta doença encontra-se no grupo das que ameaçam veemente a integridade física e psicológica do indivíduo, repercutindo-se na forma como o indivíduo se percebe, bem como no modo como percebe o ambiente social que o rodeia (Matos & Pereira, 2002). O diagnóstico e os tratamentos subsequentes imputam exigências na adaptação, implicando o desenvolvimento de competências cognitivas, comportamentais e sociais que podem melhorar o modo como o indivíduo lida com o acontecimento gerador de stresse, com repercussões favoráveis na adaptação psicológica e fisiológica (Antoni, 2013).

No caso particular do cancro da mama, viver com este diagnóstico e com as consequências dos tratamentos que lhe estão inerentes, também pode determinar a manifestação de um conjunto de desafios psicoemocionais, com repercussões ao longo do tempo. 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).

A esta problemática acresce a representatividade e o significado que os seios encerram como órgãos intervenientes nas funções de reprodução e amamentação, como símbolos de feminilidade e de atrativo sexual. Para além do elevado simbolismo na feminilidade e na maternidade, a elevada incidência e prevalência deste tipo de cancro na mulher também induzem um profundo impacto na sociedade (Liga Portuguesa Contra o Cancro, 2014).

Adaptar-se a esta doença significa tanto combatê-la, como evitar que a situação não se deteriore ou deteriore o menos possível, em relação a diferentes variáveis como a

autoimagem, as relações interpessoais, as laborais, as afetivas e ao bem-estar (Villoria, 2002).

O conceito de adaptação pode ser compreendido e analisado como um processo ou um resultado (Brennan, 2001; Simonet, 2010, Villoria, 2002). Todavia neste estudo centramo-nos na adaptação direcionada ao resultado, porque nos interessa perceber e distinguir os indivíduos bem adaptados à doença e os que não se conseguem adaptar, 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, no entanto, 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).

Podemos inferir que a adaptação à doença oncológica, entendida como um resultado, engloba avaliar o estado do indivíduo tendo em conta diferentes variáveis que conduzem à adaptação. Villoria (2002) salienta que é reconhecida a inexistência de um instrumento que agrupe todas as características para medir a adaptação a esta situação de doença, dada a multidimensionalidade do conceito e variáveis inerentes à própria doença.

Reconhecendo o “cuidar de enfermagem” como o cerne da disciplina, ele é construído na interação enfermeiro/doente (Basto, 2009; p. 12) e tendo o enfermeiro como desígnio ajudar as pessoas na adaptação aos processos de saúde e doença (Vieira, 2009), tanto na adaptação funcional aos défices, como na adaptação a múltiplos fatores (OE, 2012); sendo necessário conhecer os padrões de resposta desencadeados face à transição saúde/doença, importa também identificar os resultados, e seus indicadores, que são sensíveis aos cuidados de enfermagem, potenciando a qualidade dos cuidados prestados e promovendo a avaliação da assistência em saúde (Meleis, 2010).

Focalizados nesta problemática, delinhamos construir uma escala 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 compreender qual o “nível de adaptação” (Roy & Andrews, 2001) ao processo de doença.

Ao longo da descrição serão realçadas as etapas percorridas no processo de construção do instrumento de medida, tornando elucidativa a definição do conteúdo da escala. Importa destacar que partimos para a construção de um instrumento de raiz, focalizado na adaptação das mulheres ao cancro da mama pelo facto, já mencionado, de não existir nenhuma escala que avalie o constructo de adaptação, direcionada a doentes com cancro, especificamente da mama, e que seja sensível aos cuidados de enfermagem. Existem escalas que avaliam o resultado adaptativo, mas apenas direcionado a alguns constructos específicos, como por exemplo as estratégias de *coping*, a qualidade de vida ou o bem-estar.

II. Métodos

O presente estudo tem como objetivo descrever a segunda parte do processo de construção de um instrumento que pretende monitorizar a adaptação da mulher ao cancro da mama e que esperamos seja sensível aos cuidados de enfermagem. Concomitantemente e ao longo do processo assegurámos também a validade de conteúdo da mesma. Sendo o método científico decisivo para dar resposta ao problema de investigação passamos a explicitar detalhadamente a metodologia utilizada nas seis etapas percorridas na construção da escala. Foram utilizadas as abordagens, exploratória, qualitativa e quantitativa, inerentes ao processo de construção do instrumento de medida.

Partimos do pressuposto de que a mensuração de um conceito mais abstrato e multidimensional como a adaptação implica a sua operacionalização. Este processo acarreta a explicitação e determinação de indicadores empíricos que permitam medi-lo e que lhe são próximos, pois como refere Fortin (2009, p.340), “*O indicador empírico é a expressão quantificável e mensurável de um conceito abstrato*”.

Certificamo-nos ainda de que não existia nenhuma escala que avaliasse este domínio. As escalas que existem não avaliam diretamente a adaptação, mas domínios que a incluem, nomeadamente as estratégias de *coping*, a qualidade de vida ou o bem-estar.

O processo de construção do instrumento de medida foi desenvolvido ao longo de seis etapas. Neste artigo focalizar-nos-emos na sexta etapa, uma vez que as outras foram já descritas no artigo “Indicadores de resultado clinicamente úteis no contexto das estratégias terapêuticas promotoras da adaptação em doentes com cancro da mama”, publicado no número 18 desta revista. As cinco etapas reportam, respetivamente: à revisão da literatura, direcionada à procura de evidência empírica relacionada com os processos adaptativos à doença oncológica da mama; entrevistas a mulheres com diagnóstico de cancro da mama e que se vincularam a um grupo de autoajuda; com base nos resultados das duas etapas anteriormente descritas, procedemos ao processo de seleção dos indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, enunciados na NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2010); tendo por base os indicadores de resultado da NOC identificados, procedemos a uma leitura crítica das ligações entre as classificações da NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) e NOC (Johnson, et al., 2006); posteriormente e já munidos de um amplo painel de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem no domínio em estudo, procedemos à geração de consensos utilizando uma metodologia do tipo “grupo focal” (Polit, Beck & Hungler, 2004) recorrendo a um painel de peritos.

As etapas anteriormente desenvolvidas visaram a criação de raiz dos itens constitutivos da escala e simultaneamente a sua redução. Neste processo de construção tentamos garantir a validade de conteúdo do instrumento, a partir da base conceptual que pretendemos medir, chegando aos diferentes domínios ou dimensões que explicam o fenómeno e assegurando que todas as variáveis e/ou tópicos importantes foram englobadas nas dimensões da escala (Pocinho, 2012).

Na sexta etapa, que aqui descreveremos em pormenor, e munidos de 110 de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, emergentes dos procedimentos das etapas anteriores, efetuamos um *survey* nos Institutos de Oncologia Nacionais, no sentido de conseguirmos um consenso de perfil quantitativo e alargado.

Construímos uma escala de relevância 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. Estabeleceram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra: enfermeiros que exercessem funções há mais de 6 meses; desenvolvessem a atividade assistencial com doentes com cancro da mama; que aceitassem participar no estudo. Aplicaram-se os questionários, depois das devidas autorizações. A amostra foi do tipo não probabilístico, designadamente de conveniência. As características sociodemográficas e clínicas da amostra são apresentadas na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra (n=235)

| | n | % | \bar{x} | DP |
|---------------------------------|-----|------|-----------|-----|
| Sexo | | | | |
| Masculino | 30 | 12,8 | | |
| Feminino | 201 | 85,5 | | |
| Idade | | | 33,5 | 7,9 |
| Experiencia profissional | | | | |
| em anos | | | 10,2 | 7,1 |
| em meses | | | 9,9 | 3,6 |
| Categoria profissional | | | | |
| Enfermeiro | 138 | 58,7 | | |
| Enfermeiro Graduado | 68 | 28,9 | | |
| Enfermeiro Especialista | 21 | 8,9 | | |
| Enfermeiro Chefe | 7 | 3 | | |
| Serviços | | | | |
| Medicina | 33 | 14,0 | | |
| Cirurgia | 89 | 37,9 | | |
| Ambulatório | 56 | 23,8 | | |
| Outros | 51 | 21,7 | | |

Alicerçando-nos nas respostas obtidas, avançamos para a definição de consensos. O estabelecimento dos critérios de consenso confluem com as opções de estudos anteriores que utilizaram esta metodologia (Goossen, 2000; Sousa, 2006; Pereira, 2007). Assim, e para o presente estudo foi decidido considerar o valor das frequências acumuladas, de score 4 e 5, igual ou superior a 75%, como critério para a inclusão de indicadores. Não se considerou o valor da média e da mediana, dado que os valores de ambas foram sempre superiores a 4. Após a extração dos dados resultaram 27 indicadores de resultado que cumpriam os critérios definidos.

Posteriormente, e consolidando a fase teórica, olhamos para os 27 indicadores emergentes e partimos para uma análise crítica da sua representação em relação ao enunciado teórico, tendo por base o construto e objeto em estudo. Após esta reflexão, consideramos que ainda existiam alguns territórios teóricos deficitários, o que nos levou a acrescentar indicadores. Assim, sob o ponto de vista teórico foram acrescentados mais 8 indicadores aos 27 emergentes. A versão final do instrumento de medida passou a integrar 35 indicadores de resultado.

III. Resultados

O resultado deste estudo culminou numa escala denominada “Instrumento de monitorização da adaptação da mulher ao cancro da mama”, constituída por 35 indicadores de resultado, que julgamos sensíveis aos cuidados de enfermagem. As respostas podem ser selecionadas numa escala de concordância de tipo Likert com seis alternativas (de “1” a “6”), variando do “discordo completamente” ao “concordo completamente” e “não aplicável”. Os valores totais situam-se entre 35 e 155, sendo que quanto maior o valor obtido melhor será o resultado adaptativo.

A estrutura organizacional da NOC permitiu-nos inferir os domínios mais abrangentes dos itens que compõem a escala. Os mais abrangentes são denominados “resultados” e enquadram o nível 3 da classificação, bem como os indicadores de resultado que lhes correspondem e que incluem o nível 4 da codificação. Os de nível mais atómico (nível 4) constituem os itens da escala e os de maior abrangência, e que lhes dão origem (nível 3), abarcam 18 áreas de resultados que enumeramos na tabela 2.

Julgamos que o instrumento de medida desenvolvido pode vir a ser um contributo com utilidade clínica, possibilitando que o enfermeiro monitorize o resultado da adaptação das mulheres ao processo de doença oncológica da mama. Não se pretende que constitua apenas um instrumento para conseguir metas, mas possibilite alcançar resultados e os monitorize ao longo de um contínuo, refletindo o estado da doente (Moorhead, Johnson, Maas, Swanson, 2010). Neste sentido, também pretendemos que o instrumento seja aplicado sob a forma de formulário, permitindo que o enfermeiro descodifique, analise e perceção a resposta adaptativa da doente face a cada indicador de resultado, facilitando a sua categorização e potenciando a enunciação do diagnóstico de enfermagem

Tabela 2. Descrição dos conceitos dos domínios emergentes (resultados), tendo por base a NOC (Nível 3 – Resultados)

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Aceitação: Estado de saúde (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde) | Desempenho de papel (Congruência entre o comportamento de um indivíduo no desempenho do seu papel e as expectativas em relação a este) |
| Adaptação à deficiência física (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde) | Bem-estar pessoal (A satisfação que um indivíduo manifesta com o seu estado de saúde e circunstâncias de vida) |
| Adaptação psicossocial: Mudança de Vida (Aceitação de mudança significativa no estado de saúde) | Esperança (Otimismo que é pessoalmente satisfatório e apoia a vida) |
| Ambiente Familiar Social (Apoio ambiental caracterizado pelo relacionamento e pelos objetivos dos membros da família) | Imagem Corporal (Perceção da própria aparência e das funções do organismo) |
| Apoio Social (Disponibilidade percebida e real provisão de assistência confiável por parte de outras pessoas) | Motivação (Vontade interior que movimenta ou estimula o indivíduo a uma ação positiva) |
| Autocontrolo da agressividade (Autocontenção de comportamento agressivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros) | Enfrentamento (Ações pessoais para controlar stressores que consomem os recursos individuais) |
| Autocontrolo da depressão (Ações pessoais para minimizar a melancolia e manter o interesse pelos eventos de vida) | Autocontrolo ansiedade (Ações pessoais para eliminar ou reduzir sensações de apreensão, tensão ou desconforto decorrentes de fonte não identificável) |
| Autocontrolo da doença (Ações pessoais para controlar a doença e prevenir o seu progresso) | Autoestima (Julgamento sobre o próprio valor) |
| Crenças de saúde: Perceção quanto aos recursos (Convicção pessoal de que o indivíduo possui os meios adequados para desempenhar um comportamento de saúde) | Funcionamento sexual (Integração de aspetos físicos, socio-emocionais e intelectuais da expressão e do desempenho sexuais) |

e respetiva intervenção terapêutica. A aplicação sob a forma de formulário poderá ainda possibilitar o esclarecimento de eventuais dúvidas e proporcionar a intensificação da relação estabelecida entre a doente e o enfermeiro, reforçando o “cuidar de enfermagem”.

IV. Discussão

O conceito de adaptação serviu de alicerce a todo o processo de construção da escala e permitiu a construção dos itens, enunciados como indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem. As diferentes etapas de construção ajudaram-nos a definir áreas integrantes do conceito, porque “Um conceito é definido pelos operantes que se ligam ao seu uso.” (Serra, 2000, p.280).

A revisão da literatura desenvolvida permitiu-nos apontar as áreas que promovem a adaptação na população em estudo. Importa salientar que a maioria dos estudos revisados centravam-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, instrumental ou relacionadas com o autocuidado, territórios que também englobam o conceito de adaptação e que contribuem decididamente para a transição saudável para uma doença crónica, como é a doença oncológica. A este propósito destaca-se um estudo desenvolvido e 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 dos enfermeiros nos domínios da esfera somática (Arving, et al. 2007).

Nas entrevistas efetuadas às pessoas que pertenciam a um grupo de autoajuda, as respostas brotaram de forma clara e elucidativa, o que facilitou o processo de análise de conteúdo. Os pormenores foram descritos como se estivessem a vivenciar o evento crítico naquele momento. Daqui inferimos que a fase de diagnóstico se revela emocionalmente marcante, pois determinados episódios emocionais, podem ser de tal forma relevantes que são recordados de forma particularmente crua e nítida, com uma intensidade surpreendente, mesmo muitos anos depois (Izard, 1991; Damásio, 1999; LeDoux, 2000). Este facto é associado com situações fisiológicas, nomeadamente as descargas de adrenalina, denominado de “*memória de impacto*” (LeDoux, 2000).

A consulta de um grupo de peritos 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 suas dificuldades de adaptação, permitiu-nos identificar áreas a descoberto e que deveríamos acrescentar, como o autocuidado.

A leitura refletida e crítica das ligações entre os diagnósticos de enfermagem, as intervenções e os resultados, ainda nos possibilitou acrescentar territórios inerentes ao conceito.

Ao longo do processo de construção do instrumento de medida fomos definindo e dando corpo ao conteúdo da escala e concomitantemente garantindo a validade do mesmo. O facto de nos termos ancorado nas classificações de enfermagem, nomeadamente na NOC, também corroborou para a validade de conteúdo da escala. Na sua génese, as classificações de enfermagem (como a NANDA e o NOC) são construídas tomando por base revisões da literatura, os *surveys* realizados em larga escala e os trabalhos com grupos de peritos. Este facto fortifica o trabalho de conceção do instrumento desenvolvido e alinha com os princípios orientadores e preconizados na construção de um instrumento de medida (Ribeiro, 2010; Fortin, 2009; Almeida & Freire, 2003).

O instrumento de medida desenvolvido integra dezoito áreas de resultados, que julgamos sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este resultado parece-nos apontar para o carácter multidimensional do constructo de adaptação, direcionado às mulheres com cancro da mama. Estes 18 resultados são especificados através de 35 itens que correspondem aos indicadores de resultado. Estes últimos constituíram o âmago do formulário e facilitarão a identificação da forma como as doentes se estão a adaptar e quais as áreas que necessitam de intervenção.

O modelo teórico de enfermagem de Calista Roy também iluminou a conceção do instrumento de medida. A autora considera que a meta de enfermagem é a promoção da adaptação, focando o resultado em quatro modos adaptativos, designadamente: fisiológico, autoconceito, função do papel e interdependência (Roy & Andrews, 2001). Se analisarmos os 18 resultados emergentes na escala desenvolvida e os modos adaptativos definidos neste modelo, constatámos que os mesmos estão interligados com os resultados do instrumento de medida.

Os resultados refletidos nos domínios emergentes (resultados) da escala 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, que possa ser aplicado em qualquer fase do processo de doença e considere a adaptação como resultado e não como um processo. Moreira e Canavarro (2011) também relatam para a dificuldade inerente à definição conceptual da adaptação, referindo que o conceito se associa aos estados emocionais e à 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 intervenções terapêuticas alinhadas com esse objetivo. No entanto, ressalva 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 apenas pela 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 que nos indicam adaptação à transição pode ser útil e vantajoso. Esta doença insere-se no contexto da doença crónica, o que pressupõe um prolongamento no tempo, ao que acresce 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 à situação de doença oncológica da mama, capazes de serem suficientemente específicos e discriminativos, que permitam evidenciar a individualidade da doente e terem especificidade suficiente para assegurar a sensibilidade e ser o “core” da disciplina da enfermagem. Ambicionando estas premissas, a singularidade dos indicadores também permitirão

influenciar o delineamento de intervenções terapêuticas de enfermagem eficazes e eficientes, com repercussões na melhoria dos cuidados prestados aos doentes.

5. 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. É impelido a desenvolver estratégias que lhe permitam ajustar-se à nova situação, tentando alterar a situação ou diminuir as emoções desagradáveis que ela originada.

Sabemos também 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 ao seu referencial 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).

Sendo objeto dos cuidados de enfermagem o bem-estar do cliente (Basto, 2009) e tomando como foco os “...padrões das respostas humanas...” (Meleis & Tran-genstein, 1994, p. 223), a melhor compreensão da doente no seu referencial espaço temporal, potenciará a identificação de indicadores de resultado de bem-estar, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste sentido, e na posse de um instrumento que permita monitorizar os resultados do processo de adaptação a esta situação de doença, o enfermeiro poderá integrar os resultados do mesmo no seu processo de tomada de decisão, potenciar e simultaneamente avaliar a eficácia das terapêuticas de enfermagem. Pensamos que irá contribuir, deste modo, para a adaptação da mulher com cancro da mama, prevenindo resultados indesejáveis e promovendo a qualidade do exercício profissional de enfermagem.

Na disciplina de enfermagem têm sido realçados os processos de transição, mas torna-se evidente a necessidade de identificar os indicadores de resultado de uma transição saudável, como meio de potenciar a investigação sobre o processo da transição e avaliar as intervenções clínicas (Meleis, 2010). Nesta perspetiva, o Conselho Internacional

de Enfermeiros 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” (*International Council of Nurses*, 2007, p.2).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2008). Metodologia da investigação em psicologia e educação (5ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, p. S88-S98.
- 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).
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, 13(2), pp. 11-18.
- Branco, R. (2010). Adaptation: A multi-dimensional concept? *Adaptação*. Adaptation (pp. 98-103). Vila Real: Instituto Internacional Casa de Mateus.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer - Coping or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, pp. 1-18.
- Damásio, A. (1999). O Erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano (19ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Fortin, M. (2009). Fundamento e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Goossen, W. (2000). Towards strategic use of nursing information in the Netherlands. Groningen: CIP - Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag.
- International Council of Nurses. (2007). ICN Position Statement on Nursing Research. Geneva: ICN.
- Izard, C. (1991). *The Psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Johnson, M., Bulechek, G., Butcher, H., Dochterman, J., Maas, M., & Swanson, E. (2006). *Ligações entre NANDA, NOC e NIC Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- LeDoux, J. (2000). *O Cérebro emocional: as misteriosas estruturas da vida emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2014). O Cancro da Mama. Obtido em 2 de Setembro de 2014, de Web site de Liga Portuguesa Contra o Cancro: <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), pp. 149 - 154.
- Matos, P., & Pereira, M. (2002). Áreas de intervenção na doença oncológica. Em P. M., & 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*, pp. 255-259.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2010). *NOC Classificação dos Resultados de Enfermagem* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- 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 Percorso do Cancro da Mama. *Saúde Mental*, 11(6), 11 - 24.
- OE. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- 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* (1ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem : métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, J. (2010). *Saúde, Metodologia de Investigação em Psicologia da* (3ª ed.). Porto: Legis .
- Roy, C., & Andrews, H. (2001). *Teoria da Enfermagem. O Modelo de Adaptação de Roy*. Lisboa: Instituto Piaget.
- 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 .
- 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.