

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Validação de uma intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro

Validation of an educational nursing intervention to promote the adaptation of cancer survivors

Validación de una intervención educativa de enfermería para promover la adaptación de los supervivientes de cáncer

Tiago André dos Santos Martins
Peixoto^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-4229-0205>

Nuno Miguel dos Santos Martins
Peixoto^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0001-5221-9491>

Cândida Assunção Santos Pinto³

 <https://orcid.org/0000-0003-4874-6728>

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos^{3,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-9198-2668>

¹ Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

² Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

³ Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

⁴ Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal

Autor de correspondência

Tiago André dos Santos Martins Peixoto

E-mail: tiago.andre.peixoto@hotmail.com

Recebido: 20.03.21

Aceite: 19.01.22

Resumo

Enquadramento: Os sobreviventes de cancro representam um grande desafio para os sistemas de saúde, pela escassez de planos assistenciais a estas pessoas.

Objetivo: Validar a estrutura e o conteúdo de uma intervenção educacional em enfermagem (intervenção complexa) para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro.

Metodologia: Utilizou-se a técnica e-Delphi modificada, ao longo de três rondas, através de questionários online.

Resultados: Um conjunto de 27 peritos validaram a inclusão de 33 itens relativos à estrutura e 177 itens relativos ao conteúdo. A intervenção educacional deve ser realizada ao longo de cinco a oito sessões, individualmente, com a possibilidade de integrar um familiar significativo, e de dinâmicas de grupo, integrando os quatro domínios propostos: Adaptação, Atitude/*Coping*, Emoção/*Ansiiedade* e Recursos.

Conclusão: O consenso alcançado é essencial para evidenciar o papel dos enfermeiros nesta fase da doença oncológica e para viabilizar a avaliação da eficácia da intervenção educacional em desenvolvimento.

Palavras-chave: enfermagem; neoplasias; sobrevivência; adaptação psicológica; educação de pacientes como assunto; educação em saúde

Abstract

Background: Cancer survivors represent a major challenge for health systems due to the lack of care plans for these patients.

Objective: To validate the structure and content of an educational nursing intervention (complex intervention) to promote the adaptation of cancer survivors.

Methodology: The modified e-Delphi technique consisted of three rounds of online questionnaires.

Results: A group of 27 experts validated the inclusion of 33 items related to the structure and 177 items related to the content. The educational intervention should consist of five to eight individual (with the possibility of including a significant family member) and group sessions and focus on the four domains proposed: Adaptation, Attitude/*Coping*, Emotion/*Anxiety*, and Resources.

Conclusion: The consensus reached is essential to highlight nurses' role in this stage of cancer and assess the effectiveness of this educational intervention.

Keywords: nursing; neoplasms; survival; adaptation, psychological; patient education as topic; health education

Resumen

Marco contextual: Los supervivientes de cáncer representan un gran reto para los sistemas sanitarios, debido a la escasez de planes de atención para estas personas.

Objetivo: Validar la estructura y el contenido de una intervención educativa de enfermería (intervención compleja) para promover la adaptación de los supervivientes de cáncer.

Metodología: Se utilizó la técnica e-Delphi modificada, a lo largo de tres rondas, mediante cuestionarios en línea.

Resultados: Un conjunto de 27 expertos validó la inclusión de 33 ítems relacionados con la estructura y 177 ítems relacionados con el contenido. La intervención educativa debe realizarse a lo largo de cinco a ocho sesiones, de forma individual, con la posibilidad de incluir a un familiar significativo y en dinámicas de grupo, integrando los cuatro dominios propuestos: Adaptación, Actitud/*Coping*, Emoción/*Ansiiedad* y Recursos.

Conclusión: El consenso alcanzado es esencial para destacar el papel de los enfermeros en esta fase del cáncer y para permitir la evaluación de la eficacia de la intervención educativa que se está desarrollando.

Palabras clave: enfermería, neoplasias; supervivencia; adaptación psicológica; educación del paciente como asunto; educación em salud



Como citar este artigo: Peixoto, T. A., Peixoto, N. M., Pinto, C. A., & Santos, C. S. (2022). Validação de uma intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), e21052. <https://doi.org/10.12707/RV21052>



Introdução

Uma variedade de stressores físicos, sociais, psicológicos e existenciais estão associados ao diagnóstico e ao tratamento do cancro, mas também à fase pós-tratamento. Estes múltiplos e frequentes stressores podem potenciar uma experiência de sofrimento, caracterizada por uma pluralidade de respostas psicológicas que inclui choque, negação, depressão, sentimentos de culpa, tristeza, ansiedade, medo, preocupação, desamparo, estigma, raiva ou pânico (Andrykowski et al., 2008). Este tipo de resposta psicológica no diagnóstico não é inesperado, porque a descoberta de uma doença oncológica marca o início um processo de adaptação longo e complexo provocado pelas alterações produzidas por uma doença grave e crónica. Também não é surpreendente que a fase de tratamento seja marcada por este tipo de respostas psicológicas negativas, porque a própria doença e os efeitos secundários dos tratamentos ao cancro (especialmente a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia) acarretam alterações significativas, tanto na estrutura física como na estrutura psicossocial do indivíduo. No entanto, é menos reconhecido, quer pelos profissionais, quer pela comunidade científica, o potencial sofrimento psicológico relacionado com a experiência de cancro, mesmo depois de terem completado os tratamentos com sucesso. Estas respostas psicológicas negativas conseguem interferir diretamente com o processo de adaptação dos sobreviventes de cancro e com o retorno às atividades habituais da vida e afetar substancialmente a saúde e o bem-estar e consequentemente a qualidade de vida. Em sentido oposto, respostas psicológicas positivas incluem maior autoestima, melhor capacidade para utilizar estratégias de *coping*, maior valorização da vida, espiritualidade intensificada e crescimento pós-traumático (Naus et al., 2009). Para além da prevenção e do tratamento, também a monitorização do risco e a deteção precoce do sofrimento psicológico deve ser um foco dos profissionais de saúde ao longo de toda a trajetória da doença, incluindo a fase de sobrevivência. Com a finalidade de contribuir para o conhecimento sobre adaptação dos sobreviventes de cancro e melhorar qualidade de vida e a resposta profissional, mais concretamente a dos enfermeiros, a esta população, iniciamos uma investigação cujo objetivo principal é desenvolver uma intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro. Esta intervenção educacional enquadra-se no âmbito das intervenções complexas, pelos desafios relacionados com a standardização, organização, execução e avaliação da mesma, e é composta por um conjunto alargado de conteúdos e intervenções específicas na área de enfermagem com objetivo promover a adaptação dos sobreviventes de cancro, sobretudo nos domínios da adaptação, atitude/*coping*, emoção/ansiedade e recursos. Neste sentido, previamente a este estudo, realizamos uma revisão da literatura e um estudo exploratório qualitativo com recurso à técnica do grupo focal, onde foi possível conhecer o estado da arte e desenhar um esboço da estrutura e conteúdo de uma intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação dos sobreviventes

de cancro (Peixoto et al., 2021a; Peixoto et al., 2021b). O presente estudo, que dá continuidade aos trabalhos anteriores, objetiva validar a estrutura e o conteúdo dessa mesma intervenção com recurso a opinião de um grupo de peritos na área.

Enquadramento

Nas últimas décadas, sobretudo nos países desenvolvidos, o número de sobreviventes de cancro aumentou substancialmente como resultado dos progressos no diagnóstico precoce e na eficácia das terapias. Os sobreviventes de cancro, depois de completarem os tratamentos, continuam a experienciar efeitos, que podem manter-se por longos períodos de tempo, relacionados com a doença, os tratamentos, a adaptação à nova condição, a redefinição dos papéis e o medo da recidiva. Estes efeitos representam um grande desafio para os sistemas de saúde, que devem garantir o acompanhamento desta população, considerando não só o número de anos vividos após o diagnóstico, mas também a qualidade de vida associada a esses anos. São vários os estudos que investigaram as questões relacionadas com o acompanhamento dos sobreviventes de cancro e que reportam os fatores impeditivos dessa qualidade de vida, que estão essencialmente associados à má coordenação dos cuidados, à falta de comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde, à incerteza sobre quem é o responsável por esse acompanhamento, à carência de resposta a algumas necessidades psicossociais, à ausência de planos de assistência aos sobreviventes, à falta de consenso sobre o conteúdo, formato, gestão e implementação dos planos assistenciais, às limitações de recursos humanos e financeiros e ainda à escassez de políticas neste contexto (Albrecht et al., 2017). Por um lado, com base na consulta da literatura, percebe-se que existem países, como os Estados Unidos da América, Reino Unido, Canadá e Austrália, que reconhecem a relevância da problemática dos sobreviventes de cancro e emanam múltiplas diretrizes e recomendações para a prática clínica, nomeadamente sobre o conteúdo e a forma dos planos assistenciais a esta população. As instituições e os organismos de saúde destes países reconhecem que o acompanhamento médico, a gestão dos efeitos tardios, a prevenção terciária, o apoio psicológico, a reabilitação social/emprego, o empoderamento e a autogestão são áreas de atenção prioritárias para os profissionais de saúde. Por outro lado, reconhece-se que na Europa, a maioria dos países, não têm planos nacionais e a oncologia psicossocial não é oferecida especificamente. Em Portugal, apesar de ser amplamente reconhecido a importância das questões psicossociais pelos profissionais de saúde, são escassos os programas de intervenção especificamente dirigidos aos sobreviventes de cancro. Apesar de a bibliografia mostrar que as intervenções educacionais são eficazes na melhoria da qualidade de vida e na redução dos custos dos sistemas de saúde, tratando as complicações psicossociais do cancro, o problema do subfinanciamento destes programas ainda suplanta a eficácia das intervenções (Carlson & Bultz, 2004).

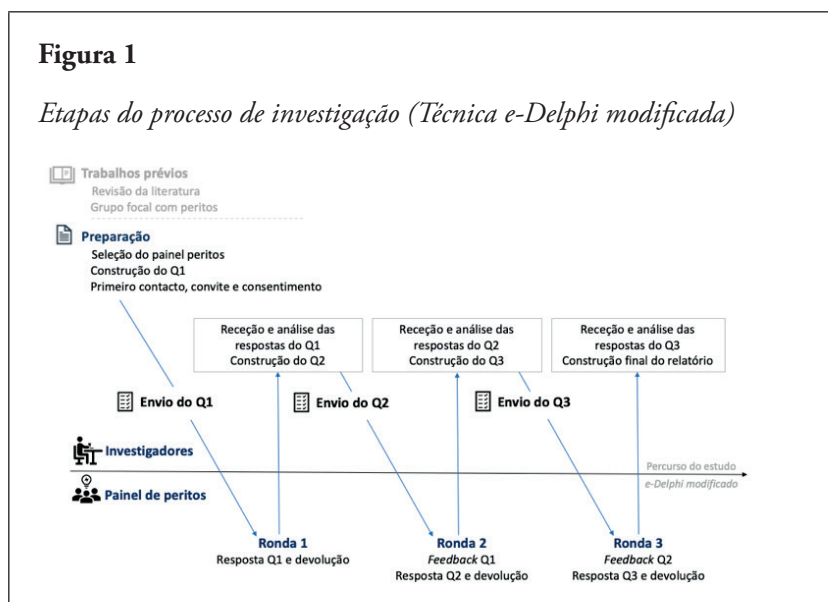
Questão de investigação

Que estrutura e conteúdo de uma intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro são válidos para um painel de peritos?

Metodologia

A fim de validar a estrutura e o conteúdo de uma intervenção educacional em enfermagem para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro, realizou-se um estudo qualitativo descritivo com recurso à técnica de Delphi. Esta técnica de investigação, que consiste na aplicação de questionários ao longo de várias rondas, permite recolher a opinião de peritos numa determinada área, de forma a obter consenso sobre questões importantes (Keeney et al., 2011). Para este estudo em concreto foi utilizada a técnica e-Delphi modificada. Ao contrário do método tradicional, que comumente é usado de modo formal com interações cara a cara, o e-Delphi reúne ideias *online* entre os participantes. A opção por este método relaciona-se com múltiplos aspetos, tais como a facilidade de utilização, a interatividade, a rentabilidade de tempo e recursos, a simplicidade do tratamento dos dados e, ainda, a garantia do anonimato dos participantes (Toronto, 2017). Por já ter sido realizada previamente uma revisão de literatura e um estudo de grupo focal sobre o tema alvo, procedeu-se à aplicação de um questionário estruturado na ronda inaugural, justificando por isso a designação da

técnica modificada (Keeney et al., 2011). Para a seleção dos participantes a integrar o painel de peritos, foi tido em consideração um conjunto de critérios de inclusão baseado nas recomendações metodológicas propostas por Keeney et al. (2011). Assim, todos os participantes teriam que ser enfermeiros com título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros devendo apresentar, pelo menos, um dos seguintes critérios: a) ser enfermeiro-chefe de um serviço que preste assistência a doentes oncológicos, há pelo menos 5 anos; b) exercer atividade profissional com doentes oncológicos, há pelo menos 5 anos; c) exercer atividade letiva no âmbito da adaptação à doença e/ou gestão da doença, há pelo menos 5 anos; d) ter realizado pelo menos um trabalho de investigação na área da adaptação à doença; e) ter realizado pelo menos um trabalho de investigação na área da gestão da doença; ou f) ter realizado pelo menos um trabalho de investigação na área da oncologia. No que às considerações éticas diz respeito, foi garantido a confidencialidade e o anonimato dos participantes em todas as fases do estudo. Para integrar o estudo, todos os participantes tiveram que dar o seu consentimento livre e esclarecido, preenchendo um documento elaborado para o efeito. Este estudo, com a referência 2020/CE/P019 (P331/CETI/ICBAS), foi aprovado no dia 1 de Julho de 2020 pela Comissão de Ética partilhada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e do Centro Hospitalar Universitário do Porto. O procedimento da implementação do estudo, compreendeu várias etapas, expostas na Figura 1.



A seleção do painel de peritos foi realizada através de uma amostra intencional. De forma a obter-se uma amostra heterogénea, foram seleccionados peritos, quer clínicos, quer académicos. Inicialmente foram seleccionados 30 peritos, pois, de acordo com Marques e Freitas (2018), não existe um consenso na literatura quanto ao número ideal de elementos a integrar um painel de peritos, contudo apontam para um mínimo de 10 e um máximo de 30. Foi definido previamente pelo grupo de investigadores que, para se obter

um consenso, deveria existir pelo menos 15 participantes em cada ronda. Com base nos trabalhos previamente realizados, foi construído um primeiro questionário (Q1) estruturado dividido em cinco categorias: Caracterização socioprofissional da amostra; Estrutura da intervenção educacional; Critérios de exclusão dos participantes; Focos de atenção de enfermagem; e Intervenções de enfermagem. Importa realçar que nos últimos quatro itens foi disponibilizado um campo para os peritos expressarem as suas opiniões acerca

do tema em debate, assim como nos itens *focos de atenção de enfermagem* e *intervenções de enfermagem* foi utilizada a linguagem classificada para a prática de enfermagem (CIPE – ICNP browser 2019 release) na sua construção. De modo a quantificar a opinião dos peritos foi usada a escala de Likert de 1 a 5, em que 1 significa *Discordo plenamente* e 5 significa *Concordo plenamente*. O primeiro contacto ocorreu por correio eletrónico, através do qual foi endereçado um convite para participar no estudo. Foi, ainda, utilizada a mesma via de comunicação para explicar aos participantes a totalidade dos procedimentos da investigação e para disponibilizar o consentimento livre e esclarecido a ser preenchido no caso de aceitação do convite. Previamente ao envio do Q1 ao painel de peritos, este foi submetido a um pré-teste, que consistiu na sua aplicação a dois elementos externos à investigação que cumpriam os critérios de inclusão considerados para a seleção dos peritos. O envio do primeiro questionário foi realizado simultaneamente e nos mesmos moldes do primeiro contacto no dia 1 de outubro de 2020, através do qual os peritos receberam um *link* de acesso à ferramenta digital Google Docs®, a fim de procederem ao preenchimento do primeiro questionário. O acesso dos participantes ao Q1 foi permitido durante as primeiras 3 semanas após a data do seu envio. No final desse tempo as respostas foram analisadas qualitativa e quantitativamente. Uma vez que

os peritos poderiam comentar, fundamentar ou sugerir outras opções de resposta às questões apresentadas no Q1 através de texto livre, procedeu-se à análise do conteúdo dos pequenos excertos de texto, tendo sido criadas unidades de registo/contexto e categorias de forma a identificar novos itens de resposta a incluir no próximo questionário (Bardin, 2011). Relativamente à análise quantitativa, realizou-se a análise estatística de cada um dos itens de resposta, considerando a média (*M*), a Mediana (*Mdn*), o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o desvio-padrão (*s*), o Percentual de respostas 1 e 2, e o Coeficiente de Variação (CV). Pelo facto de não estarem definidos universalmente os critérios de consenso a considerar na utilização do método de Delphi modificado, na Tabela 1 foram definidos os critérios de consenso para este estudo (Osborne et al., 2003). Vários autores defendem a importância de considerar para além do consenso (baixa divergência na distribuição das respostas a um determinado item em torno de uma resposta média), a análise da estabilidade, que significa a ausência de contribuições novas e pouca alteração das respostas do painel entre rondas (Osborne et al., 2003). Assim, para determinar a estabilidade das respostas a cada item foi realizado o cálculo do *Coeficiente de Variação* (CV) (desvio-padrão / média das respostas). Há baixa dispersão de respostas se CV menor que 15%, média dispersão se CV entre 15 e 30% e alta dispersão se CV > 30%.

Tabela 1

Definição de consensos adaptado de Havers et al. (2019)

Consensos	Definição dos critérios
Consenso para incluir item (cumulativos)	<ul style="list-style-type: none"> 80% das respostas com classificação ≥ 4 (escala likert 1–5). ($IVC \times 100 \geq 80\%$); Mediana ≥ 4 (escala likert 1–5); Nenhum perito tenha identificado ambiguidade ou incompreensão do item.
Consenso para excluir item (não cumulativos)	<ul style="list-style-type: none"> 80% das respostas com classificação ≤ 2 (escala likert 1–5); Mediana ≤ 2 (escala likert 1–5).
Sem consenso	Todos os restantes itens com classificação (passa à ronda seguinte).

Nota. IVC = Índice de validade de conteúdo.

Depois da análise dos dados obtidos através do Q1 foi construído e enviado um relatório aos peritos. Para a construção do segundo questionário (Q2) foram eliminados os itens que alcançaram consenso no Q1, quer para inclusão quer para exclusão, e foram incluídos novos itens que derivaram da análise de conteúdo realizada aos textos escritos pelos peritos nos itens de resposta aberta do Q1. O Q2 foi enviado simultaneamente ao relatório com do feedback do Q1, no dia 1 de novembro de 2020. O acesso dos participantes ao Q2 foi permitido durante as primeiras 3 semanas após a data do seu envio. As respostas foram analisadas de acordo com os procedimentos anteriormente descritos para o Q1. Para a construção do terceiro questionário (Q3) procedeu-se de forma igual ao anteriormente descrito para a construção do Q2. Posteriormente, o Q3 foi enviado simultaneamente ao relatório com do feedback do Q2, no dia 1 de dezembro de 2020. O acesso dos participantes ao Q3 foi permitido durante as primeiras 3 semanas após a

data do seu envio. As respostas foram analisadas de acordo com os procedimentos anteriormente descritos para o Q1 e o Q2. O processo das rondas terminou quando foram atingidos os níveis pretendidos de estabilidade e consenso nas respostas. As respostas que ao fim de três rondas não obtiveram consenso, quer para inclusão quer para exclusão, foram consideradas excluídas. No final, procedeu-se à redação de um relatório que reúne todos os dados obtidos ao longo do processo.

Resultados

Atendendo aos critérios acima mencionados, obteve-se um painel de peritos constituído por 27 elementos distribuídos por 3 rondas, que correspondem a 58 respostas completas (19 na Ronda 1, 18 na Ronda 2 e 21 na Ronda 3). Em todas as rondas contamos com mais de 50% de

participação dos peritos, e este aspeto era um dos critérios previamente definidos para se considerar o consenso. Três dos 30 peritos convidados não participaram em nenhuma ronda. Analisando as características socioprofissionais dos 27 participantes distribuídos pelas três rondas, percebe-se que relativamente à escolaridade são escassos os participantes com grau académico de licenciatura (apenas dois na Ronda 1 e dois na Ronda 3), ou seja, uma ampla maioria tem mestrado ou doutoramento. Não obstante, além de todos os participantes serem detentores do título de especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros,

que era um dos critérios de inclusão no estudo, importa salientar que em todas as rondas se obteve uma média de anos de experiência superior a 19,5, o que juntamente com os dados mencionados anteriormente vem reforçar o nível de expertise dos participantes. Por outro lado, a heterogeneidade da amostra conseguiu-se devido à diversidade da atividade profissional dos participantes, pois não só foram incluídos enfermeiros de várias áreas da prática clínica, como também profissionais na área da docência. As características socioprofissionais dos participantes são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Características socioprofissionais dos participantes

Dados socioprofissionais	Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3
Número total de participantes	19	18	21
Género			
Masculino	2	4	3
Feminino	17	14	18
Idade (média)	42,2	43	43,5
Anos de experiência profissional (média)	19,5	20,3	20,8
Habilitações académicas			
Licenciatura	2	-	2
Mestrado	10	12	10
Doutoramento	7	6	9
Atividade principal			
Prática Clínica	13	12	13
Internamento	9	8	6
Hospital de Dia / Consulta	3	2	6
Unidade de Cuidados na Comunidade	1	1	-
Centro de Saúde / Unidade de Saúde Familiar	-	1	1
Gestão / Assessoria	-	1	1
Docência / Formação	6	5	7
Investigação	-	-	-

Tendo em conta os critérios de consenso definidos previamente, no final da Ronda 1 foram incluídos 163 itens e foram excluídos 18 itens (Tabela 3).

Tabela 3*Resultados da análise quantitativa da Ronda 1*

Item	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	IVC (%)	<i>SD</i>	Respostas 1 ou 2 (%)	CV (%)	Decisão
1 Estrutura da intervenção educacional							
1.1 Estratégias da intervenção							
Sessões individuais	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Sessões individuais com um familiar significativo	4,2	4	84,2	1	5,3	24,4	Incluído
Sessões de grupo	4,2	4	78,9	0,9	5,3	21,6	2ª ronda
Sessões de grupo com um familiar significativo	3,9	4	78,9	0,9	10,5	23,1	2ª ronda
Sessões mistas (individuais e em grupo)	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Sessões mistas (individuais e em grupo) com um familiar significativo	3,8	4	68,4	1,2	21,1	30,4	2ª ronda
1.2 Tipo de contactos a estabelecer							
Consulta domiciliária	4,4	5	89,5	1	5,3	23,2	Incluído
Consulta presencial em Instituição de Saúde	4,7	5	100	0,5	0	10,2	Incluído
Contacto através de mensagem escrita (e-mail, sms, etc.)	3,7	4	57,9	1,1	15,8	29,4	2ª ronda
Contacto telefónico	4,3	4	89,5	0,7	0	15,5	Incluído
Uso de panfleto/cartaz informativo	3,9	4	68,4	1,1	15,8	28,2	2ª ronda
Vídeo-consulta	4,4	4	100	0,5	0	11,3	Incluído
1.3 Número de sessões/contactos							
1 sessão/contacto	1,7	1	5,3	0,9	84,2	52,6	Excluído
2 sessões/contactos	2	2	21,1	1,2	73,7	60,1	2ª ronda
3-4 sessões/contactos	3,3	4	52,6	1,7	36,8	51,9	2ª ronda
5-6 sessões/contactos	3,5	4	57,9	1,3	21,1	36,4	2ª ronda
7-8 sessões/contactos	3,3	4	52,6	1,2	31,6	36,3	2ª ronda
9 ou mais sessões/contactos	2,5	2	15,8	1,2	52,6	48,2	Excluído
1.4 Duração das sessões/contactos							
Sessões/contactos com menos de 15 minutos	1,7	1	5,3	0,9	84,2	52,6	Excluído
Sessões/contactos de 15-30 minutos	3,2	4	57,9	1,6	42,1	49,3	2ª ronda
Sessões/contactos de 30-45 minutos	3,6	4	63,2	1,5	26,3	42,3	2ª ronda
Sessões/contactos de 45-60 minutos	4,1	4	73,7	1	10,5	25,5	2ª ronda
Sessões/contactos de 60-90 minutos	1,7	1	5,3	0,9	84,2	52,6	Excluído
Sessões/contactos com mais de 90 minutos	2,5	2	15,8	1,2	52,6	48,2	Excluído
1.5 Frequência das sessões/contactos							
1 sessão/contacto uma vez por mês	2,5	2	31,6	1,3	52,6	53,4	Excluído
1 sessão/contacto de duas em duas semanas	3,1	3	47,4	1,6	42,1	52,9	2ª ronda
1 sessão/contacto por semana	3,8	4	68,4	1,4	21,1	36,9	2ª ronda
2 sessões/contactos por semana	2,7	3	31,6	1,2	42,1	45,3	2ª ronda
3 sessões/contactos por semana	2,3	2	21,1	1,2	68,4	54,8	Excluído
4 ou mais sessões/contactos por semana	1,6	2	0	0,6	94,7	36,6	Excluído
1.6 Início da intervenção							
Nas últimas sessões do tratamento à doença oncológica	3,6	4	63,2	1,5	26,3	42,3	2ª ronda
Precisamente na última sessão de tratamento à doença oncológica	2,5	2	36,8	1,3	57,9	50	Excluído
Na primeira semana após o fim do tratamento à doença oncológica	3,1	3	36,8	1,4	47,4	46,9	2ª ronda
Entre a segunda e a quarta semana após o fim do tratamento à doença oncológica	2,9	3	42,1	1,2	42,1	42,9	2ª ronda
Um mês após o fim do tratamento à doença oncológica	2,4	2	15,8	1,3	63,2	53,1	Excluído
Dois a três meses após o fim do tratamento à doença oncológica	1,8	2	10,5	1	84,2	52	Excluído

Quatro a seis meses após o fim do tratamento à doença oncológica	1,7	2	5,3	1	89,5	57,1	Excluído
1.7 Preparação dos enfermeiros							
Permitir a participação dos enfermeiros em sessões de formação	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Traçar guias orientadores para os contactos/consultas/formações	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído
Admitir a supervisão do investigador	4,1	4	73,7	1	10,5	25,5	2ª ronda
Possibilitar o apoio do investigador	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Permitir que o enfermeiro possa explorar aspetos individuais do cliente/família	4,7	5	100	0,5	0	9,6	Incluído
Permitir que o enfermeiro desenhe um plano individualizado de cuidados	4,9	5	100	0,3	0	6,4	Incluído
Disponibilizar informação científica para os enfermeiros fornecerem aos clientes	4,6	5	94,7	0,8	5,3	16,8	Incluído
Permitir a utilização do processo de tomada de decisão em enfermagem	4,9	5	100	0,3	0	6,4	Incluído
2 Critérios de exclusão dos participantes							
Estar na fase de tratamento à doença oncológica (quimioterapia ou radioterapia)	2,8	2	42,1	1,5	57,9	52,9	Excluído
Estar na fase paliativa da doença oncológica	3,2	4	57,9	1,6	42,1	49,3	2ª ronda
Existir evolução da doença (metástases)	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Não ser adulto (<18 anos ou >65 anos)	2,8	2	36,8	1,5	57,9	54,2	Excluído
Ser analfabeto (não saber ler e/ou escrever)	4,9	5	100	0,3	0	6,4	Incluído
Ser cuidador de pessoa dependente	2,3	2	21,1	1,3	73,7	55,8	Excluído
Ter alterações da capacidade cognitiva, que não lhe permita a tomada de decisão e/ou que lhe limite a compreensão da informação que lhe é transmitida	3,9	4	78,9	0,9	10,5	23,1	2ª ronda
Ter alterações da capacidade física que impeça a deslocação até ao hospital e/ou caminhar sem ajuda durante 15 minutos	2,3	2	21,1	1,3	78,9	56,7	Excluído
Ter realizado uma cirurgia de extração de tumor ou tecidos há menos de um mês	2,6	3	21,1	1	47,4	36,3	2ª ronda
Ter sido diagnosticada com qualquer doença mental/psiquiátrica	3	3	31,6	1,1	36,8	36,9	2ª ronda
Ter sido diagnosticado com mais do que um cancro	2,3	2	15,8	1,2	73,7	52	Excluído
Ter um cuidador	2,1	2	10,5	0,9	73,7	44,5	Excluído
3 Focos de atenção de enfermagem							
3.1 DOMÍNIO: Adaptação							
Aceitação (ICN code: 10000329)	4,5	5	89,5	0,8	5,3	18,6	Incluído
Aceitação do estado de saúde (ICN code: 10044273)	4,9	5	100	0,3	0	6,4	Incluído
Adaptação (ICN code: 10001741)	4,8	5	94,7	0,5	0	11,2	Incluído
Autoconhecimento (ICN code: 10017642)	4,7	5	100	0,5	0	9,6	Incluído
Autocontrolo (ICN code: 10017690)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Autoeficácia (ICN code: 10024911)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Autoestima (ICN code: 10017724)	4,8	5	100	0,4	0	8,7	Incluído
Autogestão (ICN code: 10046837)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Autogestão da doença (ICN code: 10046844)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Autogestão do risco de doença (ICN code: 10035255)	4,1	5	68,4	1,1	10,5	26,8	2ª ronda
Autoimagem (ICN code: 10017776)	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído
Automonitorizar (ICN code: 10046987)	4,3	5	78,9	0,8	0	19	2ª ronda
Conhecimento sobre a saúde (ICN code: 10008753)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento (ICN code: 10024907)	4,5	4	100	0,5	0	11,5	Incluído
Conhecimento sobre processo patológico (ICN code: 10021956)	4,3	4	84,2	0,7	0	17,2	Incluído
Consciencialização (ICN code: 10003083)	4,5	5	94,7	0,8	5,3	17,1	Incluído
Crença de saúde (ICN code: 10022058)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído

Crença errónea (ICN code: 10005709)	4,2	4	84,2	0,8	5,3	20,1	Incluído
Crença espiritual (ICN code: 10018577)	4,1	4	78,9	0,9	5,3	21,3	2ª ronda
Crença religiosa (ICN code: 10016728)	3,6	4	63,2	1	10,5	27,9	2ª ronda
Disponibilidade para aprender (ICN code: 10016422)	4,7	5	100	0,5	0	9,6	Incluído
Disponibilidade para autogestão (ICN code: 10046863)	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Disponibilidade para autorrevelação sobre estado de saúde (ICN code: 10038154)	4,3	4	89,5	0,7	0	15,5	Incluído
Resiliência (ICN code: 10050402)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Satisfação com cuidados de saúde (ICN code: 10040092)	4,3	4	84,2	0,7	0	17,2	Incluído
Volição (ICN code: 10020855)	4,3	5	89,5	1	5,3	23,2	Incluído
Vontade de viver (ICN code: 10021113)	4,2	5	84,2	1,1	10,5	26,9	Incluído
3.2 DOMÍNIO: Atitude/Coping							
Ambivalência (ICN code: 10002205)	3,9	4	68,4	1	10,5	25,5	2ª ronda
Aprendizagem de capacidades (ICN code: 10018225)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,4	Incluído
Assimilação (ICN code: 10002845)	4,1	4	68,4	0,8	0	20,9	2ª ronda
Atitude (ICN code: 10002930)	4,4	5	84,2	0,9	5,3	20,4	Incluído
Atitude face ao estado de saúde (ICN code: 10040627)	4,8	5	100	0,4	0	8,7	Incluído
Atitude face ao processo patológico (ICN code: 10024747)	4,6	5	94,7	0,6	0	13,3	Incluído
Atitude face aos cuidados (ICN code: 10002948)	4,8	5	100	0,4	0	8,7	Incluído
Autogestão dos sintomas (ICN code: 10046859)	4,8	5	100	0,4	0	8,7	Incluído
Capacidade para ajustar-se (ICN code: 10000047)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Capacidade para comunicar necessidades (ICN code: 10038183)	4,6	5	94,7	0,6	0	13,3	Incluído
Capacidade para comunicar sentimentos (ICN code: 10026587)	4,6	5	89,5	0,7	0	15,1	Incluído
Capacidade para desempenho de papel (ICN code: 10000113)	4,4	5	84,2	0,8	0	17,4	Incluído
Capacidade para gerir stresse (ICN code: 10044124)	4,6	5	94,7	0,6	0	12,9	Incluído
Capacidade para manter a saúde (ICN code: 10000081)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Controlo de sintomas (ICN code: 10025812)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Coping (ICN code: 10005208)	4,9	5	100	0,2	0	4,6	Incluído
Crença de saúde (ICN code: 10022058)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Crença errónea (ICN code: 10005709)	4,4	4	100	0,5	0	11,3	Incluído
Crença espiritual (ICN code: 10018577)	4,1	4	78,9	0,8	5,3	20,9	2ª ronda
Crença religiosa (ICN code: 10016728)	3,7	4	68,4	1	10,5	27,2	2ª ronda
Expetativa (ICN code: 10023679)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,6	Incluído
Expetativa irrealista (ICN code: 10024144)	4,3	4	84,2	0,7	0	17,4	Incluído
Gerir stresse (ICN code: 10044111)	4,6	5	89,5	0,7	0	14,8	Incluído
Negação (ICN code: 10005721)	4,6	5	89,5	0,7	0	15,1	Incluído
Resposta psicológica ao ensino (ICN code: 10024781)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
3.3 DOMÍNIO: Emoção/Ansiedade							
Angústia (ICN code: 10006118)	4,7	5	100	0,5	0	9,6	Incluído
Angústia espiritual (ICN code: (10018583)	4	4	73,7	1	10,5	25	2ª ronda
Ansiedade (ICN code: 1002429)	4,9	5	100	0,2	0	4,6	Incluído
Ansiedade face à morte (ICN code: 10041001)	4,5	5	89,5	0,8	5,3	18,6	Incluído
Apoio na autogestão (ICN code: 10046956)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Desamparo (ICN code: 10008920)	4,2	4	78,9	0,9	5,3	21,8	2ª ronda
Desespero (ICN code: 10005811)	4,2	4	73,7	1	5,3	23	2ª ronda
Emoção (ICN code: 10006765)	4,6	5	94,7	0,8	5,3	16,8	Incluído
Emoção negativa (ICN code: 10012675)	4,4	5	84,2	1	10,5	23	Incluído
Equilíbrio de humor (ICN code: 10035785)	4,2	4	78,9	1	10,5	24,4	2ª ronda
Esperança (ICN code: 10009095)	4,8	5	100	0,4	0	8,7	Incluído
Esperança positiva (ICN code: 10025353)	4,2	5	78,9	1	10,5	24,5	2ª ronda

Falta de esperança (ICN code: 10009105)	4,3	5	78,9	1	10,5	24,5	2ª ronda
Frustração (ICN code: 10008252)	4,4	5	78,9	1	5,3	21,9	2ª ronda
Humor (ICN code: 10036241)	4,4	5	84,2	0,8	0	17,4	Incluído
Humor depressivo (ICN code: 10005784)	4,1	4	73,7	0,9	5,3	22,8	2ª ronda
Insegurança (ICN code: 10010311)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Medo (ICN code: 10007738)	4,7	5	100	0,5	0	10,2	Incluído
Medo da morte (ICN code: 10026541)	4,3	5	84,2	1	10,5	23,2	Incluído
Nervosismo (ICN code: 10013071)	4,2	4	78,9	0,8	0	18,4	2ª ronda
Preocupação (ICN code: 10015466)	4,3	4	78,9	0,8	0	18,9	2ª ronda
Resposta ao trauma (ICN code: 10020114)	3,9	4	63,2	1,1	10,5	27,3	2ª ronda
Sentimentos de impotência (ICN code: 10015394)	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Significado dificultador (ICN code: 10023900)	4,4	4	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Sufrimento (ICN code: 10019055)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,4	Incluído
Solidão (ICN code: 10011417)	4,4	4	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Stresse (ICN code: 10018888)	4,5	5	100	0,5	0	11,3	Incluído
Tristeza (ICN code: 10040662)	4,6	5	89,5	0,7	0	15,1	Incluído
Vergonha (ICN code: 10046761)	4,2	4	78,9	0,8	0	18,4	2ª ronda
3.4 DOMÍNIO: Recursos							
Apoio da família (ICN code: 10023680)	4,9	5	100	0,2	0	4,6	Incluído
Apoio emocional (ICN code: 10027022)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Apoio espiritual (ICN code: 10027033)	4,4	5	73,7	0,9	0	20,4	2ª ronda
Apoio social (ICN code: 10024074)	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído
Comportamento de procura de saúde (ICN code: 10008782)	4,5	5	94,7	0,8	5,3	17,3	Incluído
Papel de apoio social (ICN code: 10026979)	4,2	4	78,9	0,9	5,3	21,6	2ª ronda
Serviço comunitário (ICN code: 10027359)	4,4	4	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Serviço de autoajuda (ICN code: 10038760)	4,3	4	89,5	0,7	0	15,3	Incluído
4 Intervenções de enfermagem							
Aconselhar sobre angústia espiritual (ICN code: 10026231)	4,2	4	73,7	0,9	0	20,3	2ª ronda
Aconselhar sobre esperança (ICN code: 10026212)	4,6	5	89,5	0,7	0	15,1	Incluído
Aconselhar sobre medos (ICN code: 10026208)	4,6	5	94,7	0,6	0	12,9	Incluído
Apoiar crenças (ICN code: 10026458)	4,6	5	89,5	0,8	5,3	18,3	Incluído
Apoiar família (ICN code: 10032844)	4,8	5	100	0,4	0	7,7	Incluído
Apoiar imagem corporal positiva (ICN code: 10044531)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,4	Incluído
Apoiar processo de coping familiar (ICN code: 10032859)	4,7	5	100	0,5	0	9,6	Incluído
Apoiar processo de tomada de decisão (ICN code: 10024589)	4,9	5	100	0,3	0	6,4	Incluído
Apoiar processo de tomada de decisão familiar (ICN code: 10026462)	4,6	5	94,7	0,6	0	12,9	Incluído
Apoiar rituais espirituais (ICN code: 10024591)	3,7	4	57,9	1	10,5	26,5	2ª ronda
Apoiar status psicológico (ICN code: 10019161)	4,5	5	89,5	0,8	5,3	18,8	Incluído
Confortar (ICN code: 10004664)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Contratualizar comportamento positivo (ICN code: 10035771)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Demonstrar técnica de relaxamento (ICN code: 10024365)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Encorajar afirmações positivas (ICN code: 10024377)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Encorajar repouso (ICN code: 10041415)	4,3	4	84,2	0,7	0	17,4	Incluído
Ensinar a automonitorizar (ICN code: 10046994)	4,7	5	100	0,5	0	9,6	Incluído
Ensinar família sobre comportamento de procura de saúde (ICN code: 10033119)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Ensinar família sobre doença (ICN code: 10021719)	4,6	5	94,7	0,6	0	13,3	Incluído
Ensinar família sobre serviços comunitários (ICN code: 10036130)	4,6	5	94,7	0,6	0	13,3	Incluído
Ensinar sobre comportamento de procura de saúde (ICN code: 10032956)	4,8	5	100	0,4	0	8,7	Incluído

Ensinar sobre controlo de impulsos (ICN code: 10036148)	4,2	4	84,2	0,7	0	16,9	Incluído
Ensinar sobre controlo de sintomas (ICN code: 10038080)	4,7	5	100	0,5	0	9,6	Incluído
Ensinar sobre doença (ICN code: 10024116)	4,4	5	94,7	0,8	5,3	17,4	Incluído
Ensinar sobre gestão de stresse (ICN code: 10038681)	4,8	5	100	0,4	0	7,7	Incluído
Ensinar sobre percurso clínico esperado (ICN code: 10050977)	4,4	4	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Ensinar sobre processo familiar (ICN code: 10036153)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,6	Incluído
Ensinar sobre regime de tratamento (ICN code: 10024625)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Ensinar sobre resposta psicológica normal (ICN code: 10051028)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Ensinar sobre serviço comunitário (ICN code: 10050983)	4,6	5	94,7	0,6	0	12,9	Incluído
Ensinar sobre serviço de autoajuda (ICN code: 10038773)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Ensinar sobre serviço de saúde (ICN code: 10050965)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Ensinar sobre terapia de diversão (ICN code: 10043536)	4,1	4	78,9	0,7	0	18	2ª ronda
Ensinar sobre terapia de orientação para a realidade (ICN code: 10043768)	3,9	4	68,4	1	10,5	26	2ª ronda
Ensinar sobre uso de dispositivo de apoio (ICN code: 10040909)	4,4	5	84,2	0,8	0	17,4	Incluído
Ensinar técnica de relaxamento (ICN code: 10038699)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,4	Incluído
Ensinar técnica de relaxamento muscular progressivo (ICN code: 10040555)	4,1	4	68,4	1	5,3	23,9	2ª ronda
Ensinar técnicas de adaptação (ICN code: 10023717)	4,6	5	94,7	0,8	5,3	16,8	Incluído
Envolver no processo de tomada de decisão (ICN code: 10026323)	4,7	5	94,7	0,7	5,3	16	Incluído
Estabelecer confiança (ICN code: 10024396)	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído
Estar presente (ICN code: 10015575)	4,3	5	78,9	0,8	0	19	2ª ronda
Facilitar aprendizagem (ICN code: 10051139)	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído
Facilitar atividades autorrecreativas (ICN code: 10051160)	4,4	4	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Facilitar capacidade da família para participar no plano de cuidados (ICN code: 10035927)	4,5	5	84,2	0,8	0	17,1	Incluído
Facilitar capacidade para comunicar necessidades (ICN code: 10038196)	4,6	5	89,5	0,7	0	15,1	Incluído
Facilitar capacidade para comunicar sentimentos (ICN code: 10026616)	4,6	5	89,5	0,7	0	14,8	Incluído
Facilitar capacidade para participar no planeamento de cuidados (ICN code: 10040501)	4,6	5	89,5	0,7	0	15,1	Incluído
Facilitar controlo de impulsos (ICN code: 10035716)	3,9	4	68,4	1	10,5	25,5	2ª ronda
Identificar atitude face aos cuidados (ICN code: 10024429)	4,4	5	89,5	0,8	5,3	19	Incluído
Identificar obstáculos à comunicação (ICN code: 10009683)	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Identificar status psicossocial (ICN code: 10044241)	4,3	4	89,5	0,7	0	15,3	Incluído
Implementar grupos de apoio (ICN code: 10039693)	4,1	4	84,2	0,6	0	15,3	Incluído
Promover aceitação de estado de saúde (ICN code: 10037783)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Promover apoio da família (ICN code: 10036078)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Promover apoio espiritual (ICN code: 10038300)	4,4	4	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Promover apoio social (ICN code: 10024464)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Promover autoconhecimento (ICN code: 10036097)	4,4	5	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Promover autoeficácia (ICN code: 10035962)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,6	Incluído
Promover autoestima (ICN code: 10024455)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,7	Incluído
Promover autogestão de sintomas (ICN code: 10038469)	4,7	5	100	0,5	0	10,2	Incluído
Promover capacidade para socializar (ICN code: 10050898)	4,3	4	84,2	0,7	0	17,2	Incluído
Promover comportamento de procura de saúde (ICN code: 10032465)	4,5	5	94,7	0,6	0	13,5	Incluído
Promover comunicação familiar efetiva (ICN code: 10036066)	4,4	4	89,5	0,7	0	15,7	Incluído
Promover coping efetivo (ICN code: 10035936)	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído
Promover esperança (ICN code: 10024440)	4,4	4	89,5	0,7	0	15,7	Incluído

Promover estabelecimento de limites (ICN code: 10026334)	4,2	4	84,2	0,8	5,3	20,1	Incluído
Promover padrão de repouso (ICN code: 10050912)	4,4	4	94,7	0,8	5,3	17,4	Incluído
Promover processo familiar efetivo (ICN code: 10036084)	4,4	5	84,2	0,8	0	17,4	Incluído
Promover relacionamento positivo (ICN code: 10035759)	4,6	5	100	0,5	0	10,7	Incluído
Promover status psicológico positivo (ICN code: 10032505)	4,3	4	89,5	0,8	5,3	19	Incluído
Promover terapia pela atividade (ICN code: 10050908)	4,2	4	94,7	0,5	0	12,7	Incluído
Promover terapia recreativa (ICN code: 10036045)	4,3	4	89,5	0,7	0	15,3	Incluído
Promover uso de técnica auxiliar de memória (ICN code: 10024472)	4,1	4	78,9	0,9	5,3	21,3	2ª ronda
Promover uso de técnica de relaxamento muscular progressivo (ICN code: 10040564)	4,2	4	78,9	0,9	5,3	21,6	2ª ronda
Providenciar apoio emocional (ICN code: 10027051)	4,6	5	94,7	0,6	0	12,9	Incluído
Providenciar apoio espiritual (ICN code: 10027067)	4,7	5	100	0,5	0	10,2	Incluído
Providenciar apoio na autogestão (ICN code: 10046960)	4,6	5	94,7	0,6	0	13,3	Incluído
Providenciar apoio social (ICN code: 10027046)	4,6	5	94,7	0,6	0	12,9	Incluído
Providenciar material educativo (ICN code: 10024493)	4,7	5	100	0,5	0	10,2	Incluído
Providenciar orientação antecipada à família (ICN code: 10026375)	4,3	5	78,9	0,9	5,3	21,9	2ª ronda
Referenciar para profissional de saúde (ICN code: 10032567)	4,6	5	89,5	0,7	0	14,8	Incluído
Reforçar autoeficácia (ICN code: 10022537)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Reforçar capacidades (ICN code: 10026436)	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído
Reforçar comportamento positivo (ICN code: 10036176)	4,7	5	94,7	0,6	0	11,9	Incluído
Reforçar comunicação (ICN code: 10050309)	4,7	5	89,5	0,7	0	14,3	Incluído
Reforçar consecução de objetivos (ICN code: 10026427)	4,6	5	89,5	0,7	0	15,1	Incluído
Reforçar controlo de impulsos (ICN code: 10036107)	4,1	4	73,7	0,9	5,3	22,8	2ª ronda
Reforçar definição de prioridades (ICN code: 10026188)	4,5	5	89,5	0,7	0	15,6	Incluído
Reforçar identidade pessoal (ICN code: 10026443)	4,4	5	84,2	0,9	5,3	20,5	Incluído
Reforçar regime comportamental (ICN code: 10039002)	4,4	5	84,2	0,9	5,3	20,4	Incluído
Tranquilizar (ICN code: 10016480)	4,7	5	94,7	0,6	0	12,4	Incluído

Nota: *M* = Média; *Mdn* = Mediana; *IVC* = Índice de validade de conteúdo; *SD* = Desvio-padrão; *CV* – Coeficiente de variação.

Os restantes 56 itens que não obtiveram consenso avançaram para a ronda seguinte. Na Ronda 2, para além dos itens que transitaram da ronda anterior, foram adicionados

8 itens. Após a análise da Ronda 2, foram incluídos 45 e excluídos 8 itens (Tabela 4).

Tabela 4

Resultados da análise quantitativa da Ronda 2

Item	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>IVC</i> (%)	<i>SD</i>	Respostas 1 ou 2 (%)	<i>CV</i> (%)	Decisão
1 Estrutura da intervenção educacional							
1.1 Estratégias da intervenção							
Sessões de grupo	4,3	5	83,3	0,9	5,6	20,9	Incluído
Sessões de grupo com um familiar significativo	2,9	3	44,4	1,6	38,9	54,3	3ª ronda
Sessões mistas (individuais e em grupo) com um familiar significativo	3,2	4	50	1,7	38,9	53,8	3ª ronda
1.2 Tipo de contactos a estabelecer							
Contacto através de mensagem escrita (e-mail, sms, etc.)	4,4	5	88,9	1,1	11,1	26,1	Incluído
Uso de panfleto/cartaz informativo	3,1	3	50	1,8	50,0	57,2	3ª ronda
1.3 Número de sessões/contactos							
2 sessões/contactos	2	2	5,6	1	66,7	48,5	Excluído
3-4 sessões/contactos	2,3	2	33,3	1,6	61,1	67,4	Excluído
5-6 sessões/contactos	4,3	5	83,3	1	11,1	23,7	Incluído

7-8 sessões/contactos	4,6	5	83,3	0,8	0	17,2	Incluído
1.4 Duração das sessões/contactos							
(Novo) Sessões/contactos de 15-30 minutos (se individual)	4,4	5	83,3	0,9	5,6	20,9	Incluído
(Novo) Sessões/contactos de 30-45 minutos (se individual)	4,1	4	88,9	1,2	11,1	29,9	Incluído
(Novo) Sessões/contactos de 45-60 minutos (se individual)	2,3	2	27,8	1,5	61,1	64,1	Excluído
(Novo) Sessões/contactos de 15-30 minutos (se em grupo)	2,1	2	16,7	1,4	72,2	67,7	Excluído
(Novo) Sessões/contactos de 30-45 minutos (se em grupo)	3,4	4	66,7	1,3	33,3	39,4	3ª ronda
(Novo) Sessões/contactos de 45-60 minutos (se em grupo)	4,4	5	83,3	0,9	5,6	20,9	Incluído
1.5 Frequência das sessões/contactos							
1 sessão/contacto de duas em duas semanas	2,6	2	33,3	1,5	55,6	57,3	Excluído
1 sessão/contacto por semana	4,6	5	88,9	0,7	0	15,5	Incluído
2 sessões/contactos por semana	2,9	2	38,9	1,6	55,6	52,7	Excluído
1.6 Início da intervenção							
Nas últimas sessões do tratamento à doença oncológica	4,6	5	88,9	1,1	11,1	24,8	Incluído
Na primeira semana após o fim do tratamento à doença oncológica	4,5	5	94,4	0,6	0	13,7	Incluído
Entre a segunda e a quarta semana após o fim do tratamento à doença oncológica	3,2	4	50	1,6	38,9	49,9	3ª ronda
1.7 Preparação dos enfermeiros							
Admitir a supervisão do investigador	4,3	5	83,3	1,1	5,6	25	Incluído
2 Critérios de exclusão dos participantes							
Estar na fase paliativa da doença oncológica	4,6	5	88,9	1	11,1	21,6	Incluído
Ter alterações da capacidade cognitiva, que não lhe permita a tomada de decisão e/ou que lhe limite a compreensão da informação que lhe é transmitida	4,8	5	100	0,4	0	7,9	Incluído
Ter realizado uma cirurgia de extração de tumor ou tecidos há menos de um mês	4,4	5	83,3	1	11,1	23,6	Incluído
(Novo) Não ser adulto (<18 anos)	4,5	5	88,9	1	11,1	21,9	Incluído
(Novo) Ter sido diagnosticada com qualquer doença mental/psiquiátrica não compensada	4,8	5	100	0,4	0	9	Incluído
3 Focos de atenção de enfermagem							
3.1 DOMÍNIO: Adaptação							
Autogestão do risco de doença (ICN code: 10035255)	4,9	5	100	0,2	0	4,8	Incluído
Automonitorizar (ICN code: 10046987)	4,6	5	88,9	1,1	11,1	24,8	Incluído
Crença espiritual (ICN code: 10018577)	4,6	5	94,4	1	5,6	21,6	Incluído
Crença religiosa (ICN code: 10016728)	4,4	5	88,9	0,7	0	15,9	Incluído
3.2 DOMÍNIO: Atitude/Coping							
Ambivalência (ICN code: 10002205)	4,3	5	88,9	1,1	11,1	26,3	Incluído
Assimilação (ICN code: 10002845)	4,2	5	77,8	1,2	11,1	28,8	3ª ronda
Crença espiritual (ICN code: 10018577)	4,4	5	83,3	1,1	5,6	24,7	Incluído
Crença religiosa (ICN code: 10016728)	4,2	5	77,8	1,1	5,6	26,4	3ª ronda
3.3 DOMÍNIO: Emoção/Ansiedade							
Angústia espiritual (ICN code: (10018583))	4,3	5	83,3	1,2	11,1	27,5	Incluído
Desamparo (ICN code: 10008920)	4,6	5	94,4	1	5,6	21,6	Incluído
Desespero (ICN code: 10005811)	4,7	5	94,4	0,8	5,6	16,4	Incluído
Equilíbrio de humor (ICN code: 10035785)	4,6	5	94,4	1	5,6	21,6	Incluído
Esperança positiva (ICN code: 10025353)	4,3	5	83,3	1,2	11,1	27,5	Incluído
Falta de esperança (ICN code: 10009105)	4,7	5	100	0,5	0	9,8	Incluído
Frustração (ICN code: 10008252)	4,4	5	88,9	1	5,6	23,4	Incluído
Humor depressivo (ICN code: 10005784)	4,4	5	83,3	1,1	5,6	24,7	Incluído
Nervosismo (ICN code: 10013071)	4,6	5	88,9	0,7	0	15,1	Incluído
Preocupação (ICN code: 10015466)	4,8	5	100	0,4	0	7,9	Incluído

Resposta ao trauma (ICN code: 10020114)	2,5	2	33,3	1,6	55,6	64,7	Excluído
Vergonha (ICN code: 10046761)	2,6	2	33,3	1,7	55,6	66,1	Excluído
3.4 DOMÍNIO: Recursos							
Apoio espiritual (ICN code: 10027033)	4,6	5	88,9	0,7	0	15,1	Incluído
Papel de apoio social (ICN code: 10026979)	4,9	5	100	0,3	0	6,6	Incluído
4 Intervenções de enfermagem							
Aconselhar sobre angústia espiritual (ICN code: 10026231)	4,5	5	83,3	0,9	5,6	20,5	Incluído
Apoiar rituais espirituais (ICN code: 10024591)	4,4	5	83,3	1,1	5,6	24,9	Incluído
Ensinar sobre terapia de diversão (ICN code: 10043536)	4,7	5	94,4	0,6	0	12,2	Incluído
Ensinar sobre terapia de orientação para a realidade (ICN code: 10043768)	4,3	5	83,3	1,3	16,7	29,8	Incluído
Ensinar técnica de relaxamento muscular progressivo (ICN code: 10040555)	4,7	5	94,4	1	5,6	20,3	Incluído
Estar presente (ICN code: 10015575)	4,9	5	100	0,3	0	6,6	Incluído
Facilitar controlo de impulsos (ICN code: 10035716)	4,6	5	88,9	0,9	5,6	18,8	Incluído
Promover uso de técnica auxiliar de memória (ICN code: 10024472)	4,4	5	88,9	1,1	11,1	26,1	Incluído
Promover uso de técnica de relaxamento muscular progressivo (ICN code: 10040564)	4,7	5	94,4	1	5,6	20,8	Incluído
Providenciar orientação antecipada à família (ICN code: 10026375)	4,9	5	100	0,3	0	6,6	Incluído
Reforçar controlo de impulsos (ICN code: 10036107)	4,6	5	94,4	0,8	5,6	17,2	Incluído

Nota. *M* = Média; *Mdn* = Mediana; IVC = Índice de validade de conteúdo; *SD* = Desvio-padrão; CV = Coeficiente de variação.

Os restantes 7 itens que não obtiveram consenso nesta ronda avançaram para a ronda seguinte. Não foram adicionados novos itens à Ronda 3. No final da terceira e última ronda

foram incluídos 2 itens e foram excluídos 2 itens (Tabela 5). No final das três rondas identificaram-se 3 itens que não obtiveram qualquer consenso e foram excluídos.

Tabela 5

Resultados da análise quantitativa da Ronda 3

Item	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	IVC (%)	<i>SD</i>	Respostas 1 ou 2 (%)	CV (%)	Decisão
1 Estrutura da intervenção educacional							
1.1 Estratégias da intervenção							
Sessões de grupo com um familiar significativo	2,6	3	28,6	1,3	57,6	50,1	S/ consenso
Sessões mistas (individuais e em grupo) com um familiar significativo	3,0	2	42,9	1,8	57,1	60,6	Excluído
1.2 Tipo de contactos a estabelecer							
Uso de panfleto/cartaz informativo	2,6	2	33,3	1,5	57,1	58,4	Excluído
1.4 Duração das sessões/contactos							
Sessões/contactos de 30-45 minutos (se em grupo)	4,5	5	95,2	0,6	0	13,3	Incluído
1.6 Início da intervenção							
Entre a segunda e a quarta semana após o fim do tratamento à doença oncológica	3,0	3	42,9	1,3	38,1	44,8	S/ consenso
3 Focos de atenção de enfermagem							
3.2 DOMÍNIO: Atitude/Coping							
Assimilação (ICN code: 10002845)	3,7	4	52,4	0,7	0	19,9	S/ consenso
Crença religiosa (ICN code: 10016728)	4,1	4	85,7	0,9	9,5	21,7	Incluído

Nota. *M* = Média; *Mdn* = Mediana; IVC = Índice de validade de conteúdo; *SD* = Desvio padrão; CV = Coeficiente de variação.

No final das três rondas obteve-se consenso sobre a inclusão de 33 itens relativos à estrutura e 177 itens relativos ao conteúdo.

Discussão

A heterogeneidade da amostra, ao incluir profissionais de diferentes áreas da prática clínica permitiu-nos uma visão mais interna acerca do enquadramento da intervenção, bem como das necessidades reais dos sobreviventes de cancro. Por sua vez a inclusão de profissionais da área académica permitiu conhecer uma perspetiva mais externa, mas que se aproxima da evidência científica mais recente. No que diz respeito à estratégia de intervenção, os resultados apontam quer para uma abordagem individual como em grupo. Os estudos referem que é possível obter resultados significativos através quer de sessões individuais, quer de sessões em grupo, como é o caso do estudo de Krouse et al. (2016) ou, ainda, sessões mistas, por exemplo, o estudo de Faithfull et al. (2010). Pode-se inferir que a adequabilidade da estratégia deve ser sustentada no juízo clínico do profissional de saúde na identificação das necessidades dos utentes. Outro aspeto que importa salientar é que o grupo de peritos considera que os contactos com os sobreviventes de cancro devem, não só acontecer presencialmente nas instituições de saúde, mas identificam também outro tipo de recursos, como as consultas telefónicas, vídeo-consultas, consultas domiciliárias ou até efetuar contactos através de mensagens escritas. Estes dados vão de encontro à tendência cada vez maior da disponibilização de serviços de saúde por meio de plataformas digitais. Este recurso tem um enorme potencial económico, para além da acessibilidade e conforto, e com eficácia igual à dos cuidados tradicionais (Agochukwu et al., 2018). No que diz respeito à preparação dos enfermeiros (formação prévia à intervenção, disponibilização de informação científica e guias orientadores para consulta/sessão), os achados deste estudo evidenciam lacunas no conhecimento dos profissionais sobre as necessidades dos sobreviventes de cancro. Pode-se referir especificamente a formação relacionada com os cuidados nas questões emocionais, vigilância, rastreio, gestão da ansiedade e do medo da recorrência. Neste sentido emerge a necessidade de superar essa dificuldade através de métodos viáveis e bem aceites pelos profissionais, tais como a participação em aulas/formações, conferências e cursos *online* (Lester et al., 2014). Quanto à análise dos critérios de exclusão dos participantes que obtiveram consenso no painel de peritos, percebe-se que não deverão fazer parte da intervenção pessoas com idade inferior a 18 anos, analfabetas, com alterações da capacidade cognitiva, com diagnóstico de doença mental ou psiquiátrica não compensada, indivíduos que se encontrem na fase paliativa da doença e, ainda, pessoas nas quais se verifique evolução da doença. Estes dados corroboram a literatura disponível, na medida em que uma intervenção educacional tem particularidades específicas quando aplicadas a indivíduos com as características anteriormente mencionadas. Relativamente ao conteúdo

da intervenção, percebeu-se que os peritos consideraram essencial incluir quase todos os focos propostos para cada um dos quatro domínios (Adaptação, Atitude/*Coping*, Emoção/Ansiedade e Recursos), confirmando a grande aceitabilidade dos domínios apresentados. Apesar de não se ter encontrado na literatura qualquer programa de intervenção que considere simultaneamente os domínios propostos, é possível encontrar estudos que, individualmente, consolidam a pertinência dessas áreas (Antoni, 2013; Towsley, et al., 2007; Yi & Syrjala, 2017). Importa realçar que no domínio das Emoções/Ansiedade, os focos Vergonha (ICN code: 10046761) e Resposta ao trauma (ICN code: 10020114) foram excluídos por consenso, e no domínio da Atitude/*Coping*, excluiu-se o foco Assimilação (ICN code: 10002845) após não se ter obtido consenso ao fim de três rondas. Este facto pode estar relacionado com a emoção vergonha, sentimento negativo sobre si mesmo ou autoculpa que os indivíduos experimentam quando deixam de atender aos padrões sociais, exigir uma intervenção que privilegie a manutenção das expectativas realistas, através de técnicas psicoeducacionais, terapias cognitivo-comportamentais ou dissociação cognitiva (Castonguay et al., 2017). Do mesmo modo, a resposta ao trauma enquadra-se no âmbito dos distúrbios mentais/psiquiátricos, pelo que terá de ter uma abordagem semelhante à mencionada anteriormente. A totalidade das intervenções em análise nos questionários obteve consenso para inclusão. De entre essas, destacam-se as intervenções no âmbito do ensinar, apoiar, identificar, encorajar, reforçar e promover. Isto demonstra que existe uma grande variedade de intervenções à disposição dos enfermeiros, que além da validação interna pelos peritos da profissão, também são suportadas pela literatura. Contudo, um dos aspetos que não pode ser colocado de parte é que os peritos conseguiram captar o significado de cada um dos itens em análise e isso pode eventualmente dever-se à utilização da linguagem classificada (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE), já que em Portugal a sua utilização está amplamente difundida, quer na vertente académica/investigação, quer na vertente clínica. Este estudo, à semelhança de todos os que usam o método Delphi, têm limitações conhecidas. Para além de se utilizar uma amostra não randomizada, importa mencionar que na literatura não existe concordância sobre os critérios para definir o número e características dos participantes, o número de rondas, bem como o critério para definir o consenso, e estes fatores podem ter interferência sobre a análise dos resultados (Keeney et al., 2011). O facto de o estudo ter sido realizado em Portugal pode constituir outra limitação, o que exige prudência na extensão dos resultados a países cujos contextos de saúde sejam diferentes do português. Por outro lado, ao utilizar-se a técnica de e-Delphi modificada permitiu a utilização de um questionário estruturado dividido em cinco categorias, na ronda inaugural e esta decisão pode constituir uma limitação, uma vez que a técnica clássica prevê uma primeira ronda composta por um conjunto de perguntas abertas que permitiria conceber ao invés de impor a estrutura do questionário.

Conclusão

Este estudo, que teve como amostra 27 peritos, permitiu validar 210 itens relativos à estrutura e ao conteúdo de uma intervenção educacional em enfermagem desenvolvida para promover a adaptação dos sobreviventes de cancro, especificamente nos domínios: Adaptação; Atitude/*Coping*; Emoção/Ansiedade; e Recursos. Os sobreviventes de cancro são uma população crescente e com necessidades prementes e este estudo vem colocar em evidência que ainda muito trabalho ainda está por realizar no sentido de valorizar essas necessidades, muitas das vezes subdiagnosticadas, com vista a melhorar a sua resposta psicológica, reduzir o seu sofrimento emocional e melhorar a sua qualidade de vida. Um dos importantes contributos deste estudo para a prática clínica prende-se com o facto de que foi possível conhecer a existência de um elevado número de intervenções autónomas de enfermagem, válidas e consensuais entre peritos, passíveis de serem integradas nos cuidados ao sobrevivente de cancro, o que reforça a importância do papel do enfermeiro nesta fase da doença. Os resultados deste estudo serão úteis para viabilizar a avaliação da aplicabilidade e aceitabilidade, assim como a avaliação da eficácia da intervenção educacional em desenvolvimento e isto pode ser realizado através da concretização de um estudo piloto e, posteriormente, de um estudo randomizado controlado. Os enfermeiros são fundamentais em todos os aspetos da sobrevivência ao cancro, quer no cuidado à pessoa, quer no apoio à família, e é necessário amplo apoio para expandir a educação e a investigação nesta área de forma a garantir um atendimento de qualidade no futuro.

Contribuição de autores

Conceptualização: Peixoto, T. A., Peixoto, N. M.

Tratamento de dados: Peixoto, T. A., Peixoto, N. M.

Análise formal: Peixoto, T. A., Peixoto, N. M.

Investigação: Peixoto, T. A., Peixoto, N. M., Pinto, C. A., Santos, C. S.

Methodologia: Peixoto, T. A., Peixoto, N. M., Pinto, C. A., Santos, C. S.

Supervisão: Pinto, C. A., Santos, C. S.

Validação: Pinto, C. A., Santos, C. S.

Administração do projeto: Peixoto, T. A.

Redação – rascunho original: Peixoto, T. A.

Redação – revisão e edição: Pinto, C. A., Santos, C. S.

Referências bibliográficas:

Agochukwu, N. Q., Skolarus, T. A., & Wittmann, D. (2018). Telemedicine and prostate cancer survivorship: A narrative review. *mHealth*, 4, 45–45. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.09.08>

Albrecht T., Kiasuwa, R., van den Bulcke, M. (2017). *European guide on quality improvement in comprehensive cancer control*. National Institute of Public Health, Scientific Institute of Public Health. https://cancercontrol.eu/archived/uploads/images/Guide/pdf/CanCon_Guide_FINAL_Web.pdf

Andrykowski, M. A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological health in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(3),

193–201 <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2008.05.007>

Antoni, M. H. (2013). Psychosocial intervention effects on adaptation, disease course and biobehavioral processes in cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*, 30, S88–S98. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2012.05.009>

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Carlson, L. E., & Bultz, B. D. (2004). Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Psycho-Oncology*, 13(12), 837–849. <https://doi.org/10.1002/pon.832>

Castonguay, A., Wrosch, C., Pila, E., & Sabiston, C. (2017). Body-related shame and guilt predict physical activity in breast cancer survivors over time. *Oncology Nursing Forum*, 44(4), 465–475. <https://doi.org/10.1188/17.onf.465-475>

Faithfull, S., Hearne-Cockle, J., & Khoo, V. (2010). Self-management after prostate cancer treatment: Evaluating the feasibility of providing a cognitive and behavioral programme for lower urinary tract symptoms. *British Journal Urology International*, 107(5), 783–790. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2010.09588.x>

Havers, S. M., Martin, E., & Wilson, A. (2019). Implementation of government-directed policy in the hospital setting: A modified Delphi study. *Health Research Policy and Systems*, 17(91). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0500-8>

Keeney, S., McKenna, H. & Hasson, F. (2011). The Delphi technique in nursing and health research. *Wiley-Blackwell*. <https://doi.org/10.1002/9781444392029>

Krouse, R. S., Grant, M., McCorkle, R., Wendel, C. S., Cobb, M. D., Tallman, N. J., Ercolano, E., Sun, V., Hibbard, J. H., & Hornbrook, M. C. (2016). A chronic care ostomy self-management program for cancer survivors. *Psychooncology*, 25(5), 574–581. <https://doi.org/10.1002/pon.4078>

Lester, J. L., Wessels, A. L., & Jung, Y. (2014). Oncology nurses' knowledge of survivorship care planning: The need for education. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), E35–E43. <https://doi.org/10.1188/14.onf.e35-e43>

Marques, J. B., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: Caracterização e potencialidades na pesquisa em educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389–415. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>

Naus, M. J., Ishler, M. D., Parrott, C. E., & Kovacs, S. A. (2009). Cancer survivor adaptation model: Conceptualizing cancer as a chronic illness. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1350–1359. <https://doi.org/10.1002/jclp.20622>

Osborne, J., Collins, S., Ratcliffe, M., Millar, R., & Duschl, R. (2003). What ideas-about-science should be taught in school science? A Delphi study of the expert community. *Journal of Research in Science Teaching*, 40(7), 692–720. <https://doi.org/10.1002/tea.10105>

Peixoto, T. A., Peixoto, N. M., Pinto, C. A., & Santos, C. S. (2021a). Nursing strategies to support psychological adaptation in adult cancer patients: A scoping review. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 55, e03690. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019039203690>

Peixoto, T. A., Peixoto, N. M., Pinto, C. A., & Santos, C. S. (2021b). Elementos-chave de uma intervenção educacional em enfermagem promotora da adaptação dos sobreviventes de cancro. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20078. <https://doi.org/10.12707/RV20078>

Toronto, C. (2017). Considerations when conducting e-Delphi research: A case study. *Nurse Researcher*, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.7748/nr.2017.e1498>

Towsley, G. L., Beck, S. L., & Watkins, J. F. (2007). “Learning to



live with it”: Coping with the transition to cancer survivorship in older adults. *Journal of Aging Studies*, 21(2), 93–106. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2006.08.003>

Yi, J. C., & Syrjala, K. L. (2017). Anxiety and depression in cancer survivors. *Medical Clinics of North America*, 101(6), 1099–1113. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.06.005>