

DOUTORAMENTO
CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Construção de um Programa de Intervenção de Enfermagem para a Autogestão do Regime Dietético da Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro Gástrico

Noélia Pimenta Gomes

D

2021



Noélia Pimenta Gomes. Construção de um Programa de Intervenção de Enfermagem para a Autogestão do Regime Dietético da Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro Gástrico



Construção de um Programa de Intervenção de Enfermagem para a Autogestão do Regime Dietético da Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro Gástrico
Noélia Pimenta Gomes





NOÉLIA PIMENTA GOMES

Construção de um Programa de Intervenção de Enfermagem para a Autogestão do Regime Dietético da Pessoa Submetida a Cirurgia por Cancro Gástrico

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao programa Doutoral em Ciências de Enfermagem (Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto)

Orientadora:

Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Professor Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora:

Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Professor Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

“Todos morremos, disso ninguém escapa. O segredo não é por isso falar da morte, que é óbvia e absoluta, mas sim lembrar o outro de não se esquecer de viver a vida, que é fantástica, surpreendente e extraordinária”

Forjaz (2014)

A todos os doentes com cancro gástrico que se disponibilizaram para participar neste estudo, permitindo evidenciar a sua perspetiva em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, contribuindo para o fortalecimento desta investigação, afirmação do percurso realizado e, para que, no futuro, outros doentes possam beneficiar do programa concebido.

AGRADECIMENTOS

À Excelentíssima Professora Doutora Célia Santos e Excelentíssima Professora Doutora Merícia Bettencourt pela preciosa orientação científica, pelo constante incentivo, compreensão, disponibilidade. Pelos momentos de reflexão e discussão que foram decisivos em todas as fases deste processo de investigação. O meu sincero reconhecimento.

À Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto, por investir na Enfermagem, contribuindo para o seu enriquecimento e proporcionando a possibilidade de ingressar neste curso de doutoramento.

À Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, pelo estímulo e pela criação das condições possíveis e necessárias à frequência do curso de Doutoramento, reconhecendo a mais-valia desta investigação.

À Professora Doutora Luísa Santos pela sua disponibilidade, momentos de reflexão crítica e de aprendizagem que foram cruciais durante a realização do *focus group*, organização do programa de intervenção e análise das entrevistas, contribuindo para o fortalecimento desta investigação.

À Professora Doutora Rita Figueiredo pela disponibilidade demonstrada durante a formatação do trabalho e visão “esquemática” que se revelou preciosa.

Ao Professor José Manuel Marques pela sua colaboração no tratamento estatístico dos dados resultantes do estudo de consensos (Técnica *Delphi*).

Ao enfermeiro Marco Henriques pela disponibilidade em colaborar na revisão sistemática da literatura, como 2º revisor.

A todos os enfermeiros, professores de enfermagem das diferentes instituições que participaram no estudo de consensos (Técnica de *Delphi*), nomeadamente do: Hospital Dr. Nélio de Mendonça; IPO de Lisboa; Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada; IPO Porto; Hospital Curry Cabral, Hospital Pedro Hispano; Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; e Escola Superior de Enfermagem do Porto. Grata pela partilha das suas práticas de cuidados que foram determinantes para a concretização dos objetivos desta fase do estudo.

Às enfermeiras da prática de cuidados, que integram o grupo de coordenação dos registos eletrónicos de enfermagem da RAM: Sónia Gonçalves; Susana Pedro; Cristina Caldeira; Luísa Barcelos; e Sandra Heliodora, pela disponibilidade e conhecimento partilhado sobre a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Aos enfermeiros da unidade de cirurgia esofagogástrica do Hospital Dr. Nélio de Mendonça, em particular à Sr.^a Enfermeira Elisabete Silva, pela forma calorosa e entusiasta como recebeu este projeto, por toda a colaboração na referenciação dos doentes e colaboração na implementação do programa de intervenção (pré-teste).

A todos os doentes, família/prestador de cuidados que, generosamente, aceitaram participar no estudo, pelos contributos que acrescentaram a este estudo, fundamentais para a afirmação do percurso realizado até então.

A todas as minha colegas da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, em especial à Luz Chaves e Cristina Pestana, pela amizade e energia transmitida, durante todo percurso.

À Dr.^a. Leonor Araújo pelo seu precioso contributo na tradução do resumo para a língua inglesa.

Aos meus filhos, Tiago e Catarina, por darem outro sentido à minha vida e, ao meu marido Duarte, pelo apoio e presença em todos os momentos deste percurso.

A todos os amigos e familiares que de algum modo participaram neste percurso, pelos incentivos e força transmitida.

A todos e a cada um em particular, o meu sincero: **MUITO OBRIGADA!**

RESUMO

Introdução: O cancro gástrico assume, em termos de incidência mundial, a quinta posição, sendo em Portugal, a terceira causa de morte. A cirurgia constitui o tratamento de eleição, sendo o único tratamento potencialmente curativo. A mais habitual é a gastrectomia, sendo que, pela importância das funções mecânicas e químicas do estômago, são esperadas alterações nutricionais, tornando-se crucial que os doentes sejam capazes de autogerir o seu regime dietético. Existem evidências da eficácia dos programas de intervenção de autogestão noutros domínios, pelo que a conceção de um programa de intervenção de enfermagem, capacitador da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico para a autogestão do seu regime dietético, favorece o sucesso da sua recuperação, a qualidade de vida e minimiza as complicações.

Objetivo geral: Desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Metodologia: Esta investigação, após uma fase preliminar na qual foi efetuada uma revisão sistemática e uma revisão integrativa da literatura, foi constituída por quatro fases. Na fase I, reuniu-se o consenso sobre as intervenções de enfermagem que emergiram das revisões realizadas, através da técnica de *Delphi*. Na fase II, adequou-se a linguagem atribuída às intervenções de enfermagem à nomenclatura da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), recorrendo à técnica do *focus group*. Já na fase III, organizou-se o programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia, tendo em conta a metodologia do processo de enfermagem. Por fim, na fase IV, efetuou-se um pré-tese ao programa de intervenção, recorrendo à posteriori, à técnica da entrevista, para a obtenção da perspetiva dos doentes em relação ao programa.

Resultados: As revisões de literatura permitiram elencar 53 intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão do regime dietético. Estas, após obtido o consenso através da técnica *Delphi*, deram origem a 56 intervenções a serem implementadas no período pré e pós-operatório e no regresso a casa. As 56 intervenções consensuais foram adequadas à linguagem da CIPE, através do *focus group*, o que otimizará a sua utilização nos contextos da prática clínica, incluindo as aplicações informáticas em uso na grande maioria das instituições de saúde em Portugal. O programa resultante, Pro-ARD, contempla a avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico (parte I); a intervenção (parte II); a avaliação final/diagnóstica e juízo diagnóstico (parte III). Sendo este alicerçado no diagnóstico de

enfermagem “Potencialidade para a autogestão do regime dietético”. O Pro-ARD contempla cinco sessões, com início na admissão do doente para a cirurgia e *terminus* na consulta de *follow-up*, 30 dias após o regresso a casa. Do pré-teste ao programa confirmou-se a sua exequibilidade, facilidade de compreensão e adequação em termos de tempo e sequência. O esquema explicativo da estrutura/organização do Pro-ARD agrega todos os seus componentes.

Conclusões: Através das diferentes fases que constituíram esta investigação, foi possível alcançar o objetivo deste estudo, contribuindo para a otimização da intervenção de enfermagem na promoção da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico e, dotando a disciplina de enfermagem de uma ferramenta potencialmente promotora desta mesma autogestão.

Palavras-chave: Programa de intervenção; enfermagem, autogestão, regime dietético, cancro gástrico, cirurgia.

ABSTRACT

Introduction: Gastric cancer takes fifth place in terms of worldwide incidence, being the third leading death cause in Portugal. Surgery is the most chosen treatment, being the only potentially curative treatment. Gastrectomy is the most common one since, due to the importance of the stomach mechanical functions and properties, nutritional changes are expected, being crucial that patients can be able to self-manage their diet. The effectiveness of self-management intervention programs in other domains is verified. So, the design of a nursing intervention program for a self-management diet to people undergoing gastric cancer surgery, favors the success of their recovery, of its quality of life and minimizes complications.

Main goal: To develop a nursing intervention program that promotes a dietary regime self-management to the person undergoing surgery for gastric cancer.

Methodology: This investigation, after a preliminary phase in which a systematic review and an integrative literature review was carried out, had four phases. In the first phase, consensus was reached on the nursing interventions that emerged from the reviews carried out, using the *delphi* technique. In the second phase, the language attributed to nursing interventions was adapted to the International Classification for Nursing Practice (CIPE) nomenclature, using the focus group technique. In the third phase, the nursing intervention program was organized for the dietary regime self-management of people with gastric cancer undergoing surgery, considering the nursing process methodology. Finally, in the fourth phase, a pre-thesis of the intervention program was carried out, using afterword's, the interview technique, to obtain the patients perspective of the program.

Results: Literature reviews allowed to list 53 nursing interventions indicated to support the dietary regime self-management process. After reaching consensus through the *Delphi* technique, these gave rise to 56 interventions to be implemented in the pre and postoperative period and on returning home patients. The 56 consensual interventions were adapted to the CIPE language through the focus group, which will optimize its use in clinical practice contexts, including computer applications used by the majority of health institutions in Portugal. The resulting program, Pro-ARD, includes the initial / diagnostic evaluation and diagnostic judgment (part I); the intervention (part II) and the final / diagnostic evaluation and diagnostic judgment (part III), based on the nursing diagnosis "The diets self-management potential". The Pro-ARD includes five sessions, starting with the patient's admission for surgery and ending with the follow-up session, 30 days after returning home. From the program pre-test, its feasibility, ease of understanding and adequacy in terms of time and sequence were confirmed. The Pro-ARD structure / organization explanatory scheme aggregates all its components.

Conclusions: It was possible to achieve the objective of this study, through the different phases that constituted this investigation, contributing to the optimization of nursing intervention in the promotion of dietary regime self-management to the person submitted to gastric cancer surgery and, endowing the nursing discipline with a potential tool that promotes the same self-management.

Keywords: Intervention program; nursing, self-management, dietary regime, gastric cancer, surgery.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA ASSOCIADA À TESE

1. Publicações

- Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2017) Development project of nursing intervention program for self-managing food/digestive symptoms for the person with gastric cancer undergoing surgical intervention. Em *14ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem A translação do conhecimento de enfermagem: Uma força para a mudança na prática clínica: Abstract Book*, 105-106. <https://www.apenfermeiros.pt/wp-content/uploads/2017/10/14-CIIE-eBook-Confere%CC%82ncia-2.pdf>
- Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2016). Eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico: revisão sistemática da literatura. *Revista Referência*, Série IV (11), 111-119. [http://dx.doi.org/10.12707/RIV16050\(BibTeX\)](http://dx.doi.org/10.12707/RIV16050(BibTeX))
- Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2016). Health care professionals perspective on the needs of the cancer patient. Em European Oncology Nursing Society (EONS 10) (Org.) *Balancing Health Care Needs in a Changing Context: Abstract Book* (185).
- Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2016). Protocol for a systematic literature review: Effectiveness of nursing interventions in postoperative recovery after gastric cancer surgery. Em European Oncology Nursing Society (EONS 10) (Org.) *Balancing Health Care Needs in a Changing Context: Abstract Book* (188).
- Gomes, N. & Bettencourt, M. (2015). Necessidades do doente com cancro gástrico submetido a tratamento cirúrgico: Uma revisão da Literatura. Em 8ª Reunião Nacional da Associação de Enfermagem Oncológica (AEOP). *Suplemento da Revista ONCO.NEWS* (22).
- Gomes, N. (2015). Necessidades de Informação do Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório. Em *III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Revista Referência*, Série IV, Suplemento 4 (96). http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=editionDetails&id_edicao=83
- Gomes, N. (2013). O Doente Cirúrgico no Pré-Operatório: Que informação?. Em 1º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. *Livro de Resumos do 1º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica*.
- Gomes, N. (2012). O Doente Cirúrgico no período pré-operatório: Que Informação? *Revista de Divulgação Científica da Associação de Investigação do Atlântico (AICA)*, 4.

1.1. Submetido para publicação

Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt M. (2020, setembro) Autogestão do regime dietético pela pessoa submetida a cirurgia por neoplasia gástrica: Intervenções de Enfermagem. *Submetido à Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn.*

2. Comunicações em eventos nacionais e internacionais

Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2020). *Construindo um programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia.* Aceite para comunicação oral no VI Congresso de Investigação Em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa e II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência, Coimbra. (O evento foi adiado para 2021 devido à situação pandémica da COVID 19).

Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2019). *Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de Intervenção de Enfermagem para a Autogestão da Alimentação.* Comunicação Oral no Seminário "Estado da Arte dos projetos de investigação, ICBAS – Porto.

Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2017, maio 10-12). *Development project of nursing intervention program for self-managing food/digestive symptoms for the person with gastric cancer undergoing surgical intervention.* Comunicação Oral na 14ª Conferência Internacional de Investigação em Enfermagem "A translação do conhecimento de enfermagem: Uma força para a mudança na prática clínica, Fundação Calouste Gulbenkian – Lisboa.

Gomes, N. & Bettencourt, M. (2015, maio 22-23). *Necessidades do doente com cancro gástrico submetido a tratamento cirúrgico: Uma revisão da Literatura.* Comunicação Oral na 8ª Reunião Nacional da Associação de Enfermagem Oncológica, Monte Real.

3. Pósteres apresentados em eventos regionais, nacionais e internacionais

Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2020). *Intervenções de enfermagem no apoio à pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico para o processo de autogestão da alimentação.* Poster aceite para apresentação no VI Congresso de Investigação Em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa e II Simpósio Internacional de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência, Coimbra. (O evento foi adiado para 2021 devido à situação pandémica da COVID 19).

Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2016). Protocol for a systematic literature review: Effectiveness of nursing interventions in postoperative recovery after gastric cancer

surgery. Poster apresentado no Congresso Balancing health care needs in a changing context da European Oncology Nursing Society (EONS 10), Dublin.

Gomes, N., Santos, C. & Bettencourt, M. (2016). Health care professionals perspective on the needs of the cancer patient. Poster apresentado no Congresso Balancing health care needs in a changing context da European Oncology Nursing Society (EONS 10), Dublin.

Gomes, N. (2015). Necessidades de Informação do Doente Cirúrgico no período Pré-Operatório. Poster apresentado no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra.

Gomes, N. (2015). O Conhecimento do Doente Cirúrgico no período Pré-Operatório de Cirurgia Eletiva. Poster apresentado no II Congresso Insular de Enfermagem Açores-Madeira, Funchal.

Gomes, N. (2013). O Doente Cirúrgico no Pré-Operatório: Que informação? Poster apresentado no 1º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, Porto.

4. Outros

Prémio de Melhor Poster: Gomes, N. (2015). *Necessidades de Informação do Doente Cirúrgico no período Pré-Operatório*. Poster apresentado no III Congresso Internacional de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Coimbra.

Menção Honrosa: Gomes, N. (2013). *O Doente Cirúrgico no Pré-Operatório: Que informação?* Poster apresentado no 1º Encontro dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, Porto.

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP – Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

CDRS – Cochrane Database of Systematic Reviews

DGS – Direção-Geral de Saúde

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

EORTC QLQ-STO22 - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life – Questionnaire-Stomach

EORTC QLQ-C30 - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life –Core 30

GLQI – Gastrointestinal Life Quality Index

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

JBI – Joanna Briggs Institute

Md - Mediana

Mo - Moda

NRS-2002 – Nutricional Risk Screening 2002

OE – Ordem dos Enfermeiros

OPA - Oesophageal Patients Association

p. ex. – por exemplo

PPDI – Patient Participation-based Dietary Intervention

Q₃.Q₁ - Amplitude interquartílica

QV – Qualidade de Vida

RIL - Revisão Integrativa da Literatura

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

S – Desvio padrão

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

$x_{\text{máx}}$ - Valor máximo

$x_{\text{mín}}$ - Valor mínimo

\bar{x} - Média Aritmética

% - Percentagem

CHAVE DE ACRÓNIMOS

ANCOVA – Análise de Covariância

CENTRAL - Cochrane Central Register of Controlled Trials

CINAHL® Plus - Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS® - Descritores em Ciências da Saúde

ESPEN – European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

HELP – Modified Hospital Elder Life Program

IARC – International Agency for Research on Cancer

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

MEDLINE® - Medical Literature Analysis and Retrieval System

MeSH Browser® - Medical Subject Headings

MUST – Malnutrition Universal Screening Tool

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistência aos antibióticos

Pro-ARD – Programa de Intervenção para a Autogestão do Regime Dietético

RAM – Região Autónoma da Madeira

SESARAM, EPERAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, Entidade Pública
Empresarial Região Autónoma da Madeira

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

Introdução	25
Capítulo I - Reunindo evidência científica: da pesquisa preliminar ao foco do estudo	39
1. Eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória da pessoa com cancro gástrico submetida a tratamento cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura.....	39
2. Intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico: Revisão Integrativa da Literatura	58
Capítulo II - Percurso metodológico do estudo	75
1. Fase I – Reunindo o consenso sobre as intervenções de enfermagem: Técnica de <i>Delphi</i>	78
2 Fase II - Reunindo o consenso sobre a nomenclatura da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): <i>Focus Group</i>	131
3. Fase III – Organizando o programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia	145
4. Fase IV- Programa de autogestão do regime dietético na pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia: Pré-Teste	164
Capítulo III - Discussão global dos resultados da investigação	175
Conclusão	207
Referências Bibliográficas	215
Anexos	229
Anexo I – New JBI Levels of Evidence	231

Apêndices	235
Apêndice I - Protocolo da RSL	237
Apêndice II - Resultado da aplicação dos Testes de relevância I e II	257
Apêndice III - Checklist da avaliação da qualidade metodológica dos estudos	263
Apêndice IV - Extração dos dados dos artigos incluídos na RSL.....	269
Apêndice V - Email enviado aos participantes a solicitar a participação no estudo.....	277
Apêndice VI - Carta de informação ao Participante e Consentimento informado (Técnica de Delphi).....	281
Apêndice VII - Questionário da 1ª Ronda Delphi	287
Apêndice VIII - Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem	301
Apêndice IX - Questionário da 2ª Ronda Delphi	309
Apêndice X - Questionário da 3ª Ronda Delphi	319
Apêndice XI - Focus Group – Guia da entrevista/Guia orientador	327
Apêndice XII Carta de informação ao participante e Consentimento informado (Focus Group)	331
Apêndice XIII - Intervenções de enfermagem resultantes da técnica de Delphi/proposta do investigador/ focus group	337
Apêndice XIV - Guião da Entrevista (Pré-Teste).....	345
Apêndice XV - Requerimento ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM,EPE.....	349
Apêndice XVI - Resposta do Conselho de Administração e pareceres das Comissões.....	353
Apêndice XVII - Carta de informação ao Participante e Consentimento Informado (Pré-teste)	361
Apêndice XVIII - Tabela Mestra relativa às referências por categorias e subcategorias	367
Apêndice XIX - Panfleto: Autogestão do regime dietético após cirurgia gástrica: Orientações	377
Apêndice XX - Questionário de avaliação do conhecimento sobre regime dietético	381

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama PRISMA dos estudos incluídos na RSL	42
Figura 2 – Categorias da eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico emergentes da RSL.....	48
Figura 3 – Dimensões do cuidar pré e pós-operatório da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica.....	50
Figura 4 – Diagrama PRISMA adaptado à RIL	60
Figura 5 – Desenho do estudo	77
Figura 6- - Síntese dos resultados obtidos nas três rondas da técnica de Delphi	128
Figura 7- Esquema explicativo do Programa de intervenção para a autogestão do Regime dietético (Pro-ARD).....	200

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Nível de evidência JBI® e Score QM JBI® dos estudos da RSL	43
Quadro 2 - Principais dados dos artigos incluídos na RSL	45
Quadro 3 - Intervenções de enfermagem e sua eficácia na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico	46
Quadro 4 - Resultados da categoria “Prevenção das complicações/disfunções pós-operatórias”	49
Quadro 5 - Resultados da categoria “Promoção de Competências de autogestão da doença”	53
Quadro 6 - Resultados da categoria "Melhoria da Qualidade de Vida"	54
Quadro 7 - Síntese das intervenções com eficácia na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento	56
Quadro 8 - Intervenções de enfermagem resultantes da RIL.....	65
Quadro 9 - Síntese das intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.....	71
Quadro 10 - Critérios de consenso nas rondas da Técnica de <i>Delphi</i>	80
Quadro 11- Níveis de consenso nas rondas da Técnica de <i>Delphi</i>	81
Quadro 12- Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pré-operatório	90
Quadro 13- Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato	95
Quadro 14 - Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa	100
Quadro 15 - Análise dos comentários/sugestões às intervenções de enfermagem que não obtivemos consenso na primeira ronda.....	108
Quadro 16 - Análise dos Comentários/sugestões às intervenções de enfermagem no período pré-operatório que foram modificadas.....	112

Quadro 17- Análise dos comentários/sugestões às intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato que foram modificadas	115
Quadro 18 - Análise dos Comentários/sugestões às intervenções de enfermagem no período pós-operatório preparação para o regresso a casa que foram modificadas	118
Quadro 19 - Análise dos Comentários/sugestões às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que emergiram da 1ª ronda	120
Quadro 20 - Intervenções de enfermagem resultante da Técnica de Dephi	129
Quadro 21 - Intervenções de enfermagem resultante do focus group - Nomenclatura CIPE	142
Quadro 22 - Estrutura/organização global do programa de Intervenção	151
Quadro 23 - Programa de Intervenção de Enfermagem para a Autogestão do Regime Dietético das Pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia	153
Quadro 24 - Categorias e Subcategorias alusivas à perspetiva dos doentes em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético	168
Quadro 25 - Proposta para futura investigação	206

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Características socioprofissionais do painel de peritos (1º ronda de Delphi)	87
Tabela 2 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório - Consenso	88
Tabela 3 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório - Níveis de Consenso ..	89
Tabela 4 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato- Consenso	93
Tabela 5 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato - Níveis de Consenso.....	94
Tabela 6 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa- Consenso	98
Tabela 7 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa - Níveis de Consenso.....	99
Tabela 8 - Características socioprofissionais (2º ronda de Delphi)	106
Tabela 9 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa sem consenso na 1ª ronda – Consenso.	107
Tabela 10 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa sem consenso na 1ªronda – Níveis de Consenso	107
Tabela 11 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório que foram modificadas - Consenso	110
Tabela 12 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório que foram modificadas - Níveis de Consenso.....	111
Tabela 13 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato que foram modificadas – Consenso.....	114
Tabela 14 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato que foram modificadas– Níveis de consenso.....	115
Tabela 15 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que foram modificadas - Consenso.....	117

Tabela 16 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que foram modificadas – Níveis de Consenso	118
Tabela 17 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório-preparação para o regresso a casa que emergiram da 1ª ronda– Consenso.....	119
Tabela 18 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que emergiram da 1ª ronda – Níveis de Consenso	120
Tabela 19 - Caraterísticas socioprofissionais (3º ronda de Delphi)	124
Tabela 20 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa que não obtiveram consenso na 2ª ronda - Consenso	125
Tabela 21 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa que não obtiveram consenso na 2ª ronda - Níveis de Consenso.....	126
Tabela 22 - Distribuição das unidades de enumeração por categorias e subcategorias alusivas à perspetiva dos doentes em relação ao programa de intervenção de enfermagem.....	172

Introdução

A enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica e da pessoa que necessita de uma cirurgia (duas áreas intrinsecamente interligadas), tem sido a área que tenho aprofundado ao longo do meu percurso profissional e académico. Se, por um lado, a pessoa em situação crítica se encontra ameaçada por falência ou iminência de falência orgânica, por outro, o doente cirúrgico, perante a expectativa que implica uma cirurgia, vê a sua vida e integridade ameaçadas a nível fisiológico, emocional, social, pessoal, entre outros. Nas situações em que o recurso à cirurgia tem como fator etiológico uma situação oncológica, o medo, a incerteza, a insegurança, entre outros sentimentos desagradáveis, são uma realidade.

Atualmente, existe uma série de novos desafios na área da saúde, tais como o envelhecimento da população, o aumento da esperança de vida, novas epidemias, o aumento da incidência das doenças crónicas, onde se enquadram as situações de doença oncológica, exigindo aos profissionais respostas “sólidas” e complexas (World Health Organization [WHO], 2020). A patologia oncológica é considerada uma doença grave, que acarreta elevados riscos para a própria vida daqueles que dela padecem, produzindo graus de incerteza quanto à recuperação, um tremendo desgaste físico, emocional e financeiro das pessoas, famílias, comunidades, sistemas de saúde e países (Pereira, 2013; WHO, 2020).

A doença oncológica tem uma prevalência elevada em todo o mundo. Quase todos os países se depararam com um aumento do número de casos de cancro na última década e, nos próximos 20 anos, as taxas devem aumentar em pelo menos 60% (WHO, 2020). Já há uma década, Tan *et al.* (2010) afirmavam que o cancro era responsável por uma em cada oito mortes e estimavam que, em 2020, 70% de todas as mortes relacionadas com o cancro ocorreriam nos países em desenvolvimento, onde as taxas de sobrevivência (20-30%) são claramente metade das dos países desenvolvidos. Corroborando estes dados, a WHO (2020) salienta que muitos países de baixo e médio rendimento têm um grande número de doentes com cancro que não têm acesso a um diagnóstico atempado e a um tratamento adequado. No ano 2019, mais de 90% dos países de elevado rendimento relataram que os serviços de tratamento para pessoas com cancro estavam disponíveis no sistema público de saúde, ao contrário dos países de baixo rendimento, com apenas 15%, onde a sobrevivência é inaceitavelmente baixa.

Em 2018, o número de novos casos de cancro, em todo o mundo, nos dois sexos, foi de 18 078 957, num total de 7 632 819 272 habitantes, tendo por base estes dados, as previsões para 2040 apontam para uma incidência de cancro em todo o mundo de 29,5 milhões de novos casos (International Agency for Research on Cancer [IARC] 2018a; WHO, 2020). Em

Portugal, o cancro é a segunda causa de morte e a sua incidência aumenta 3% a cada ano. As estatísticas do ano 2018 indicavam que, em Portugal, surgiram 58 199 novos cancros e que o número de mortes por esta patologia, foi de 28 960, num universo populacional de 10 291 198 (IARC, 2018b).

Em termos mundiais, em 2018, o cancro do pulmão foi aquele que teve uma maior incidência em todo o mundo (11,6% de todos os casos), seguido da mama feminina (11,6%), colorretal (10,2%), próstata (7,1%) e, em quinta posição, o cancro do estômago (5,7%). Em relação à taxa de mortalidade, o cancro do pulmão também é a principal causa de morte por cancro (18,4% de todas as mortes), seguido pelo colorretal (9,2%) e do estômago (8,2%) (IARC 2018a; WHO, 2020). Em Portugal, à semelhança do que acontece no mundo, o cancro do estômago ocupa a quinta posição em termos de incidência (5%) e, no que diz respeito à mortalidade, encontra-se na terceira posição (7,9%), sendo a incidência mais elevada no sexo masculino (5,3%) do que no sexo feminino (4,5%), tendo, em 2018, surgido 2 885 novos casos de cancro gástrico e verificado 2 275 óbitos (IARC, 2018b).

Relativamente à distribuição geográfica, constata-se que mais de 70% dos cancros gástricos surgem em pessoas dos países em desenvolvimento, verificando-se que o continente Asiático é aquele onde existe uma maior incidência (74,5%), seguido do continente Europeu (12,9%) (IARC, 2018c). Portugal continua a registar taxas de incidência e de mortalidade elevadas de cancro gástrico, para o padrão europeu, tendo sido observada uma discreta elevação, em ambos os sexos, nos anos de 2014 e 2015, contrariando a tendência dos anos anteriores (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2017).

O cancro gástrico é um dos tipos de cancro do sistema digestivo e, para compreendê-lo melhor, é imprescindível conhecer a sua estrutura e função, com especial ênfase no conhecimento da função e funcionamento do estômago. O estômago é descrito como um segmento dilatado, localizado na parte superior esquerda do abdómen, sendo que o seu tamanho varia de pessoa para pessoa, variando mesmo no próprio indivíduo em função do conteúdo e postura corporal. Ele é, fundamentalmente, uma câmara para armazenamento e mistura do quimo, segregando para tal muco, ácido clorídrico, gastrina, histamina, fator intrínseco e pepsinogénio. O fator intrínseco é uma glicoproteína que se liga à vitamina B₁₂ facilitando a sua absorção no íleo, contribuindo para evitar a instalação de uma anemia perniciosa (Seeley *et al.*, 2011; VanPutte *et al.* 2017).

As divisões anatómicas do estômago incluem o cárdia, o fundo, o corpo, o antro e o piloro. Histologicamente, a parede do estômago possui quatro camadas: a mais externa – camada

serosa, ou peritoneu visceral; a camada muscular; a camada – submucosa e a mais interna – camada mucosa. As funções deste órgão incluem o armazenamento, a digestão, a absorção (com exceção de algumas substâncias, p. ex.: água, álcool, nas quais se observa pouca atividade absorviva no estômago); a mistura e propulsão; e a proteção (Seeley *et al.*, 2011; VanPutte *et al.*, 2017). Vários tipos de situações anómalas podem atingir o estômago, nomeadamente as gastrites, úlceras, cancros, podendo estes últimos serem benignos (p. ex. pólipos gástricos) ou malignos.

Os cancros gástricos tendem a desenvolver-se lentamente ao longo de muitos anos e, inicialmente, desenvolvem-se alterações pré-cancerosas que ocorrem, frequentemente, no revestimento interno (mucosa) do estômago. No seu estado normal, as células epiteliais do estômago crescem e dividem-se em novas células. Quando as células perdem o mecanismo de controlo e sofrem alterações no seu genoma (DNA), tornam-se células cancerígenas, as quais não morrem quando envelhecem, proliferando novas células de forma descontrolada. Ao contrário das células normais, as células cancerígenas do estômago não respeitam as fronteiras do órgão, invadem os tecidos circundantes e podem disseminar-se a outras partes do organismo – metastização - podendo invadir a parede do estômago e atingir a sua camada exterior, difundindo-se por outros órgãos como o fígado, o esófago, o intestino, bem como os gânglios linfáticos mais próximos (American Cancer Society, 2017; Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010).

Consoante as diferentes partes do estômago onde se iniciam, os cancros podem causar diferentes sintomas. Os diferentes tipos de cancro que atingem este órgão incluem o adenocarcinoma, o linfoma e o sarcoma do estroma gastrointestinal, sendo que cerca de 90% a 95% dos cancros gástricos são adenocarcinomas. Habitualmente, o adenocarcinoma em estadio inicial é assintomático ou produz sintomas leves, razão pela qual é muitas vezes diagnosticado numa fase avançada ou metastática (American Cancer Society, 2017; Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010).

Histologicamente, o cancro gástrico é classificado através do sistema de classificação proposto por Lauren, em 1965, sendo esta a mais útil e mais amplamente usada. Segundo este sistema, o cancro gástrico é classificado como: tipo difuso ou tipo intestinal. Já os intestinais são bem diferenciados e as células tendem a organizar-se em estruturas tubulares ou glandulares. Em relação às formas difusas, a sua incidência tem revelado poucas alterações e, tipicamente, aparecem num contexto de uma lesão pré-cancerosa, como a atrofia gástrica ou metaplasia intestinal (Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010).

O risco de cancro é modulado por interações complexas entre fatores genéticos, metabólicos e ambientais ao longo da vida. A dieta, os desequilíbrios metabólicos/ desequilíbrios hormonais, os estilos de vida, a exposição profissional e a infeção por *helicobacter pylori* são considerados importantes contribuintes para o aumento das taxas de incidência de cancro em todo o mundo, no entanto, os mecanismos de ação destes fatores permanecem pouco compreendidos (Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010; Song *et al.*, 2015). Isto pode ser corroborado numa revisão sistemática de literatura realizada por Yusefi *et al.*, em 2018, intitulada “Risk Factors for Gastric Cancer: A Systematic Review”. Neste estudo foram identificados 52 fatores de risco, os quais foram classificados em nove categorias: dieta; estilo de vida; predisposição genética; história familiar; tratamento e condições médicas; infeções; características demográficas; exposições ocupacionais; e radiação ionizante.

Apesar da origem do cancro gástrico ser considerada multifatorial, a dieta à base de carne, carboidratos e sal são fatores de riscos para o desenvolvimento da doença. Em relação ao sal, embora quantidades suficientes de sal sejam necessárias, o consumo excessivo pode atuar como um estimulante da mucosa gástrica, levando à gastrite atrófica, aumento da síntese de ácido desoxirribonucleico (DNA) e proliferação celular, fornecendo assim a base para a incidência de cancro gástrico. Como fatores protetores da doença encontram-se documentados as frutas, as verduras, o caroteno e a vitamina C (American Cancer Society, 2017; Hernández-Ramírez & López-Carrillo, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Smyth *et al.*, 2020; Song *et al.*, 2015; Yusefi *et al.*, 2018).

Assim, a evidência científica disponível permite definir um perfil de risco dietético para o desenvolvimento de cancro gástrico nomeadamente: baixo risco, quando se verifica consumo de frutas, hortaliças, vegetais, leguminosas e alimentos ricos em selénio (farinha de trigo, gema de ovo, entre outros) com ação antioxidante, aumentando a resistência do sistema imunológico; e, alto risco, quando estamos perante consumo de sal, alimentos salgados, carnes processadas, alimentos fumados e alimentos de origem animal assados (Hernández-Ramírez & López-Carrillo, 2014).

Relativamente aos estilos de vida, é importante salientar dois fatores: o tabaco, que contribui para aumentar o risco de desenvolvimento do cancro gástrico em 1.5 a 1.6 vezes, sendo que o tabagismo tem efeitos devastadores e irreversíveis no tecido gástrico; e o álcool, que cria um mecanismo estimulador do cancro que envolve uma resposta inflamatória crónica devido aos efeitos tóxicos dos metabólitos do etanol e das citocinas (Hernández-Ramírez & López-Carrillo, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Song *et al.*, 2015; Yusefi *et al.*, 2018).

Outros fatores de risco associados são a predisposição genética, associada às características do campo genético da pessoa, nomeadamente no que se refere às mutações e polimorfismos, a história familiar de cancro gástrico, em especial nos parentes de primeiro grau e condições médicas, nomeadamente história de gastrectomia e cirurgias gástricas, história de pólipos, história de úlcera gástrica, alguns fatores menstruais e reprodutivos, grupo sanguíneo, entre outros (Lever-Rosas *et al.*, 2014; Song *et al.*, 2015; Yusefi *et al.*, 2018).

As características demográficas, podem constituir um fator de risco, pois as estatísticas indicam que o cancro gástrico tem uma maior incidência no sexo masculino, sendo mais comum em populações mais velhas, geralmente ocorrendo na sétima e oitava décadas de vida e, o nível socioeconómico, embora por si só não possa estar associado ao risco de cancro gástrico, ele pode estar relacionado com alguns dos seus fatores de risco, incluindo a *helicobacter Pylori*, assim como tendo em conta a menor capacidade de compra de determinados alimentos como as frutas e vegetais. Também as atividades ocupacionais, relacionadas com as atividades manuais, como a agricultura, a carpintaria, a metalurgia e a mineração são consideradas atividades de risco para o desenvolvimento do cancro gástrico, assim como a exposição à radiação ionizante (Yusefi *et al.*, 2018; Zali *et al.*, 2011).

As infeções por *helicobacter pylori* são uma das principais causas do cancro gástrico, sendo considerado o fator de risco mais importante desta doença. O mecanismo pela qual esta bactéria desenvolve o cancro gástrico está relacionado com a inflamação que produz a infeção, provocando a libertação de radicais livres e, conseqüentemente, levando a uma atrofia da mucosa e, posteriormente, a metaplasia. Os especialistas recomendam, como estratégia de prevenção do cancro gástrico, a erradicação da *helicobacter pylori* (Ford *et al.*, 2020; Hernández-Ramírez & López-Carrillo, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Smyth *et al.*, 2020; Song, Lee & Kang, 2015; Sugano 2016; Sugano 2019; Yusefi *et al.*, 2018).

Conhecer os fatores de risco para o desenvolvimento do cancro gástrico é um passo na direção da prevenção desta doença. Alguns fatores de risco referidos, como a predisposição genética e a história familiar, não estão sob o controlo da pessoa, mas outros fatores, como a dieta, o tabaco, o álcool, podem ser controlados e modificados, considerando que um terço de todas as situações de cancro são evitáveis, sendo a prevenção a estratégia mais assertiva e económica. A maioria dos doentes com cancro gástrico torna-se sintomática somente após apresentar lesões avançadas com metástases locais ou distantes. Os sintomas mais comuns incluem dor epigástrica, distensão abdominal ou uma massa epigástrica palpável, náuseas e vômitos (devido à obstrução), saciedade precoce (devido à plenitude gástrica), disfagia (devido ao envolvimento da cárdia) ou sinais e sintomas de sangramento gastrointestinal

superior (devido à ulceração do tumor) (Hinkle *et al.*, 2018; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Sands, 2010; Smyth *et al.*, 2020; Zali *et al.*, 2011).

A decisão para o tratamento do cancro gástrico depende do estágio da doença e deve ser tomada por uma equipa multidisciplinar. No entanto, a cirurgia é o tratamento de eleição no cancro gástrico ressecável, dizendo respeito à remoção do estômago - gastrectomia - total ou parcial, sendo este considerado o único tratamento potencialmente curativo da doença. A radioterapia e a quimioterapia podem ajudar, pois muitos doentes podem beneficiar das mesmas antes e/ou após a cirurgia (Castro *et al.*, 2017; Du *et al.*, 2011; Hinkle *et al.*, 2018; Laporte *et al.*, 2014; Lever-Rosas *et al.*, 2014; Mello *et al.*, 2010; Park & Park, 2010; Pfeifer, 2000; Robalo, 2005; Sands, 2010; Smyth *et al.*, 2020; Zali *et al.*, 2011).

Os autores são unânimes em considerar que, com o avanço das técnicas cirúrgicas, os tumores podem ser removidos de qualquer parte do corpo. Para além disso, consideram a oncologia cirúrgica como a forma registada mais antiga para o tratamento curativo do cancro gástrico, figurando como um tripé ao lado da quimioterapia e radioterapia, podendo também ser utilizada com a finalidade de proporcionar melhor qualidade de vida (QV).

A cirurgia mais habitual é a gastrectomia total ou subtotal/ parcial, dependendo da parte do estômago afetada. Os doentes submetidos a este tipo de intervenção cirúrgica podem desenvolver qualquer complicação associada a um ato cirúrgico, contudo, algumas das complicações mais específicas destas intervenções são a hemorragia, as fístulas digestivas, a síndrome de *dumping*, a perda de peso, a síndrome de mal absorção, a deficiência de vitamina B₁₂, entre outras. Neste sentido, vários são os autores que afirmaram que, pela importância das funções mecânica e química do estômago no trato digestivo, são esperadas consequências nutricionais após a cirurgia ao cancro gástrico, não esquecendo que, na maioria das vezes, as pessoas já se encontravam em condições nutricionais comprometidas pela doença antes da própria cirurgia (Castro *et al.*, 2017; Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Papini-berto & Burini 2001; Sands, 2010).

A síndrome de *dumping*, também conhecida como o esvaziamento rápido, tem sido uma das complicações mais descritas pelos vários autores, que consiste num conjunto de sintomas vasomotores e gastrointestinais que ocorrem após as refeições, sendo que 20% a 50% dos doentes apresentam pelo menos alguns dos sintomas associados a esta síndrome. Embora a fisiopatologia não seja compreendida completamente, existem vários fatores que contribuem para a sua ocorrência. Um dos principais fatores corresponde à entrada rápida do bolo alimentar diretamente no duodeno, sem primeiro sofrer a degradação e a diluição no

estômago. Este facto causa distensão, provoca uma intensa sensação de plenitude e desconforto e estimula a motilidade. O quimo não diluído é hiperosmolar e provoca uma deslocação osmótica de líquidos, do compartimento intravascular para o intestino, desencadeando uma resposta sistémica que leva a que os sintomas iniciais aparecem 30 a 60 minutos (palpitação, hipotensão arterial, taquicardia, fadiga, tontura, sudorese, dor de cabeça, rubor, calor, sensação de saciedade) após as refeições ou, tardiamente, de uma a três horas depois (tremor, dificuldade em concentrar-se, perda de consciência) (Chaves & Destefani, 2016; Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010).

O enfermeiro, independentemente do objetivo da cirurgia oncológica, desempenha um papel primordial em todas as fases que compõem o período perioperatório, desde o acolhimento, passando pela alta médica e, finalmente, no regresso a casa. Mello *et al.* (2010) em conformidade com Sands (2010) e Hinkle *et al.*, (2018) salientam a importância da intervenção do enfermeiro no que se refere às orientações/ensinos a realizar ao doente e à família e que, as mesmas, devem iniciar-se no período pré-operatório, aquando do diagnóstico da doença, prosseguindo durante todo o tratamento, incluindo o pós-operatório tardio. O doente e a sua família necessitam de suporte para a aceitação da doença, para a decisão sobre as formas de tratamento e de informações que favoreçam a sua recuperação.

Atendendo ao facto de que as principais complicações específicas que a pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia pode apresentar, advém das sequelas funcionais decorrentes da alteração da anatomia gástrica, neste caso específico, desencadeadas pela gastrectomia, são esperadas consequências nutricionais. Sendo assim, é mandatório dar atenção a esta componente, o que nem sempre é acurado, ou realizado integralmente, permitindo a instalação ou agravamento da desnutrição iatrogénica nestes doentes (Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Lim *et al.*, 2020; Papini-berto & Burini, 2001; Robalo 2005; Sands, 2010).

Neste sentido, é função e responsabilidade do enfermeiro ajudar a pessoa a se adaptar à nova situação, sendo a habituação à alteração dos hábitos alimentares a mais marcante. Assim, será necessário ajudar a pessoa a perceber as bases fisiológicas das alterações provocadas pela intervenção cirúrgica, a planear as modificações que devem ser realizadas na dieta, assim como ensinar sobre os novos hábitos alimentares a adotar no sentido de minimizar potenciais distúrbios e declínio nutricional. A intervenção deve ser, também, dirigida para a motivação da pessoa no desenvolvimento de competências que promovam a sua autonomia, a capacidade de tomada de decisão, a capacidade de autogestão e, consequentemente, a adaptação aos novos hábitos de vida.

O termo autogestão (*self-management*) refere-se aos métodos, habilidades e estratégias que as pessoas podem utilizar para orientar as próprias atividades e lidarem com a sua própria saúde em direção à realização dos seus objetivos e autonomia no seu cuidado. A autogestão eficaz engloba a capacidade de monitorizar a própria condição, de forma a atingir respostas emocionais, cognitivas e comportamentais necessárias para manter uma qualidade de vida satisfatória (Omisakin & Ncama, 2011; Sassen, 2018).

Guerra *et al.* (s.d.) mencionam que, apesar de existirem diferentes definições de autogestão, é possível identificar um conjunto de pressupostos comuns: o pressuposto de que cada indivíduo tem capacidade para se assumir enquanto agente na autogestão; que as intervenções devem envolver a aprendizagem de forma a permitir ao indivíduo aplicá-las à sua situação específica; que o indivíduo deve ser entendido na interação com o seu meio; entre outros. Desta forma, a identificação e a elaboração de estratégias comuns centradas no doente para lidar com esses desafios é o foco da autogestão.

As pesquisas relacionadas com a autogestão e com intervenções de autogestão dirigidas à pessoa com cancro têm aumentado na última década, existindo evidências de que as intervenções e programas de autogestão melhoram os resultados das pessoas com doença crónica, ajudando as pessoas a aprenderem a gerir a sua condição e são mais eficazes do que o cuidado habitual (Franek, 2013; Grady & Gough, 2015; McCorkle *et al.*, 2011; Ryan & Sawin, 2009; Sassen, 2018). Independentemente da situação, o desenvolvimento de intervenções de promoção da autogestão tem permitido às pessoas gerirem com eficácia a sua condição e melhorarem os resultados de saúde, sendo que a enfermagem desempenha um papel crucial em fornecer evidências para práticas inovadoras de autogestão e está idealmente posicionada para implementá-las na prática (Grady & Gough, 2015).

Nesta linha de ideias, Brunet *et al.* (2020), na investigação que desenvolveram - "The Process of Self-Management: A Qualitative Case Study Reporting on Cancer Survivors' and Program Staff's Experiences Within One Self-Management Support Intervention" - concluíram que um programa de apoio à autogestão promoveu o conhecimento, a confiança e as habilidades dos sobreviventes de cancro. Assim, a autogestão bem-sucedida, melhora tanto o estado de saúde do doente, como o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, considerando que a autogestão de sucesso também promove a adesão, a participação e a tomada de decisão (Sassen, 2018). Já no estudo desenvolvido por Fernández *et al.* (2020), os resultados apontaram que as pessoas que participaram num programa de tratamento não farmacológico para enfrentar o cancro, por eles implementado, adquiriram novos conhecimentos sobre a doença e os seus tratamentos.

Face a esta realidade, é imperativo que seja promovida, nos doentes com cancro gástrico com necessidade de tratamento cirúrgico, uma intervenção organizada e sistematizada, de forma a impulsionar condições facilitadoras do processo de autogestão dirigidas ao doente/membro da família/cuidador (Veloso, 2013) e na linha do preconizado pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2002, em que os cuidados de enfermagem devem ter como foco de atenção: "(...) promover os processos de readaptação, (...) a satisfação das necessidades humanas, a máxima independência na realização das atividades da vida, (...) a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente" (p. 11).

Na mesma linha de ideias, Encarnação (2014) e Grady e Gough (2015) salientam que os enfermeiros deverão ser capazes de construir intervenções consistentes e direcionadas às necessidades do doente, capacitando-o e apoiando-o no processo de autogestão, pois são estes profissionais que estão na vanguarda da implementação de programas nesta valência. Estas intervenções dever-se-ão apoiar num construto teórico sólido e realizadas com objetivos claramente definidos. Assim, torna-se crucial que os doentes com cancro gástrico, submetidos a gastrectomia, sejam ensinados a autogerir os seus hábitos alimentares, sendo essencial que os profissionais suportem e os incentivem a adquirir as habilidades de autogestão de forma a se tornarem autónomos (Ogasa, 2017). Como a maioria das condições crónicas estão relacionadas com o estilo de vida, a autogestão representa uma oportunidade para uma intervenção direta a nível individual, com potencial para impactos favoráveis na saúde e nos comportamentos das pessoas (Grady & Gough, 2015).

Face a esta panorâmica, torna-se importante a existência de programas de intervenção de enfermagem dirigidos para o cuidado pré e pós-operatório a estes doentes, nomeadamente na componente do regime dietético, uma vez que o doente terá de reajustar/mudar as suas atitudes e comportamentos inerentes aos seus hábitos alimentares. De acordo com o International Council of Nurses (ICN), (2017) regime é definido como um foco de atenção do enfermeiro sendo descrito como um "plano", neste caso alimentar. A literatura tem evidenciado que os programas de intervenção são uma estratégia importante para o desenvolvimento de competências, permitindo otimizar a assistência em saúde, constituindo um recurso viável e relevante para que a intervenção em enfermagem seja eficaz, proporcionando, desta forma, a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar das pessoas e cujas "intervenções de enfermagem sejam, sistematizadas, contínuas e apoiadas em

ferramentas capazes de traduzir a efetividade das intervenções de enfermagem, sendo fundamental para a implementação de cuidados de excelência” (Veloso, 2013. p.132).

À medida que as condições crónicas emergem como uma grande preocupação de saúde, a autogestão continuará a crescer como uma abordagem decisiva no controlo destas situações, essencialmente na prevenção das doenças e, mesmo com doença, na promoção do bem-estar. Assim, os programas de intervenção de autogestão devem atender às necessidades de gestão dos cuidados diários, manutenção das atividades de vida e devem ser direcionados para a capacitação de habilidade para a melhoria do estado de saúde das pessoas, contribuindo para a diminuição da hospitalização e do número de dias no hospital (Grady & Gough, 2015).

Assim, atendendo à minha experiência profissional, prestação de cuidados num serviço de cirurgia e de acompanhamento de estudantes em ensinamentos clínicos nestes serviços, constato que os doentes, submetidos a cirurgia por cancro gástrico, apresentam algumas dificuldades em adaptar-se às alterações impostas pela intervenção cirúrgica, nomeadamente no que se refere aos hábitos alimentares. E, porque se desconhece qualquer programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão, quer da doença, quer das suas alterações fisiológicas, nomeadamente digestivas (alimentares), quer dos sintomas, dirigido à pessoa com cancro gástrico submetido a tratamento cirúrgico em Portugal e, mais concretamente na Madeira, decidiu-se investigar nesta área.

A presente investigação fundamentou-se na seguinte questão: “Qual a evidência científica e clínica sobre as intervenções de enfermagem promotoras da autogestão do regime dietético na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico?”. Com o objetivo geral de desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético e, com a finalidade de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja promotora da autogestão do regime dietético, contribuindo para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica.

Este relatório, decorre da investigação desenvolvida no âmbito do Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), sendo constituído por três grandes capítulos. O capítulo I, contempla uma revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem e a sua eficácia na recuperação pós-operatória, em pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico e, comporta ainda, uma revisão integrativa da literatura, cujo objetivo foi identificar as intervenções de

enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

O capítulo II, aborda o percurso metodológico do estudo, o qual foi organizado em quatro fases. A fase I consistiu em reunir o consenso sobre as intervenções de enfermagem promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos, com recurso à técnica de *Delphi*. Na fase II validou-se a nomenclatura atribuída pelo investigador a cada intervenção de enfermagem, utilizando como referencial/guia orientador o catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), através da metodologia do *focus group*. Já na fase III, organizou-se o programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia, tendo em conta a metodologia do processo de enfermagem e, na fase IV realizámos um pré-teste ao programa de intervenção, recorrendo à técnica da entrevista, para a obtenção da perspetiva dos doentes em relação ao programa.

No capítulo III, é apresentada a discussão global dos resultados do estudo, assim como uma proposta/sugestão de futuro estudo decorrente do processo de investigação realizado e as implicações para a enfermagem aos vários níveis de intervenção. Este estudo conta ainda com uma conclusão, que evidencia os principais resultados, a consecução dos objetivos, os aspetos facilitadores e dificultadores, assim como as limitações do estudo. Por fim, são apresentadas as referências bibliográficas, tendo em conta as normas mais recentes da American Psychological Association (2020), 7ª edição, seguidas dos apêndices, que se referem a todos os documentos elaborados para o estudo e anexo.

Capítulo I - Reunindo evidência científica: da pesquisa preliminar ao foco do estudo

Este capítulo centra-se nas revisões de literatura que foram realizadas durante esta investigação. Intitulou-se a revisão sistemática da literatura (RSL) por “Eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória da pessoa com cancro gástrico submetida a tratamento cirúrgico” e, a revisão integrativa da literatura (RIL) por “Intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico”. Estas, contribuíram de forma objetiva para a definição mais concreta do foco do estudo e para a identificação das intervenções de enfermagem a integrar no programa de intervenção para a autogestão do regime dietético.

1. Eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória da pessoa com cancro gástrico submetida a tratamento cirúrgico: Revisão Sistemática da Literatura

A Revisão Sistemática da Literatura como método metódico, explícito e dos mais adequados para resumir e sintetizar a evidência científica nos termos dos critérios de elegibilidade pré-estabelecidos (Gough *et al.*, 2017; Green *et al.*, 2011; Sampaio & Mancini, 2007), foi sustentada nos modelos conceptuais do Instituto *Joanna Briggs*® (JBI), aquando da elaboração do protocolo da revisão sistemática.

O protocolo contemplou o plano/proposta para a revisão sistemática, obedeceu e seguiu vários passos, para que o trabalho desenvolvido fosse o mais concreto, transparente e objetivo possível, permitindo conduzir a investigação e a concretização do relatório da avaliação (The Joanna Briggs Institute, 2014a) (Apêndice I- Protocolo da RSL).

Como indica o Instituto Joanna Briggs (2014a), realizou-se alguma investigação preliminar, antes do protocolo de revisão de literatura na Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), a qual revelou que não existem, atualmente, revisões sistemáticas que investiguem exclusivamente a eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas adultas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico. Também é de salientar que, da pesquisa exploratória efetuada através da EBSCO HOST - Research Databases, no sentido de identificar estudos que versassem a implementação de intervenções de enfermagem/programas de intervenção à pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica, a mesma revelou que esta temática ainda não é muito abordada pelos investigadores. Alguns dos estudos que englobavam no seu título e resumo as palavras “programa de intervenção/cancro gástrico”, não avaliavam o efeito/eficácia do mesmo, na

perspetiva estudada, mas sim na prevenção/rastreio da doença, programas de intervenção com utilização de terapêuticas específicas e ainda aspetos relativos a doentes em contexto paliativo, entre outros aspetos.

A pergunta de partida (P.I.C.O), elaborada para a revisão sistemática de literatura, de acordo com o Instituto Joanna Briggs (2014a), de modo a constituir uma pergunta clara e significativa na busca de evidências, consistiu em “Quais as intervenções de enfermagem mais eficazes na recuperação pós-operatória em pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico?”. Já o objetivo principal da RSL consistiu em: identificar as Intervenções de Enfermagem e a sua eficácia na recuperação pós-operatória (mediata e tardia), em pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

De modo a especificar a pesquisa, foram estabelecidos critérios de seleção no que se refere ao tipo de participantes, tipos de intervenção/fenómenos de interesse e tipos de resultados. Assim, nesta revisão, os critérios de inclusão definidos incluíram os estudos: cuja população fosse composta por doentes acima de 18 anos de idade; que analisassem intervenções de enfermagem/programas de intervenção de enfermagem aplicadas no período perioperatório a doentes com cancro gástrico submetidos a tratamento cirúrgico; cujos resultados permitissem avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem/ programa de intervenção de enfermagem na recuperação pós-operatória; publicados nos últimos dez anos (entre janeiro de 2005 e junho de 2015) nos idiomas português, espanhol ou inglês; clínicos randomizados e não randomizados; primários, com intervenções implementadas por enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde. Os critérios de exclusão foram: estudos cujo foco fossem crianças (idade inferior a 18 anos); estudos em que a população-alvo se encontrasse em fase de cuidados paliativos; estudos em que a forma de tratamento do cancro não fosse exclusivamente a intervenção cirúrgica, ou seja, estudos em que os doentes foram submetidos, a quimioterapia e/ou radioterapia; estudos secundários ou artigos de opinião e comentários.

Após a realização do protocolo de pesquisa e sua análise, por dois investigadores, procedeu-se à sua implementação. Identificada a questão de partida, definidos os objetivos, bem como os critérios de inclusão e exclusão, a estratégia de pesquisa seguiu-se para a etapa da identificação dos estudos. A primeira etapa da seleção dos estudos a incluir na RSL foi realizada nos dias um e dois de julho de 2015, seguindo-se um processo sistemático de identificação dos estudos, igualmente efetuado por dois investigadores.

A pesquisa de literatura, após a determinação dos termos de pesquisa com base no Medical Subject Headings (*MeSH Browser*)¹ e nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS®), foi efetuada, eletronicamente, nas bases de dados eletrónicas: Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature (CINAHL® Plus); Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL); Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR); MedicLatina(tm); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE®) via EBSCO HOST da Ordem dos Enfermeiros.

Numa fase inicial da identificação dos estudos, obteve-se 49 artigos, sendo removidas as duplicações de artigos (18 referências duplicadas), pelo que foram considerados 31 estudos. Seguidamente, procedeu-se à seleção dos artigos relevantes para responder à pergunta PICO.

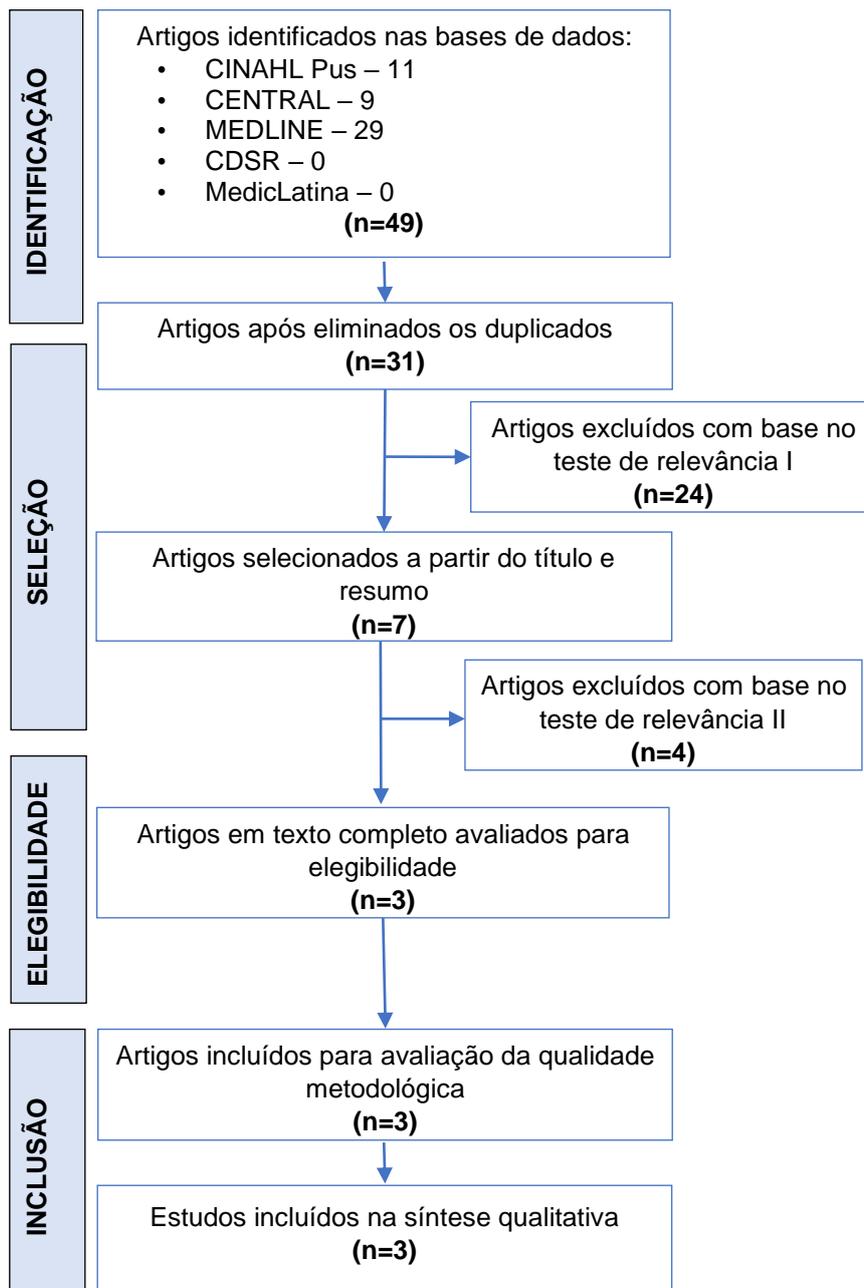
O método de seleção dos estudos teve em consideração os critérios anteriormente definidos e incluiu duas fases: uma pesquisa inicial (preliminar), com o objetivo de refinar a seleção inicial, realizada com a análise das palavras contidas no título e resumo. No sentido de sistematizar a seleção, foi utilizado o instrumento de triagem – Teste de Relevância I. Numa segunda fase, os estudos selecionados neste teste, passaram por um novo crivo, no qual foi realizada a análise dos textos na íntegra, com recurso ao instrumento de triagem – Teste de relevância II. Após a aplicação do primeiro instrumento de triagem, foram selecionados sete artigos para a leitura integral, dos quais, depois de lidos e, utilizando o segundo instrumento de triagem, três passaram pelo crivo da avaliação da qualidade metodológica (Apêndice II – Resultado da aplicação dos Testes de relevância I e II adaptados das recomendações de Pereira & Bachion, 2006). De salientar que os estudos que não estavam disponíveis em *full text* foram solicitados diretamente aos autores, para que este aspeto não constituísse uma fonte de viés.

O diagrama da pesquisa, figura 1, ilustra cada um dos passos até se atingir o número final de artigos incluídos na RSL. Recorreu-se ao diagrama PRISMA (Moher *et al.*, 2009²), no sentido de uma maior legibilidade.

¹ <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MeSHonDemand.html>

² <http://www.prisma-statement.org>

Figura 1 - Diagrama PRISMA dos estudos incluídos na RSL



Nesta RSL, os níveis de evidência do Instituto Joanna Briggs (2013) para estudos de eficácia “Levels of Evidence For Effectiveness” (Anexo I - New JBI Levels of Evidence) foram utilizados, com o objetivo de fazer um julgamento preliminar sobre a qualidade metodológica e rigor dos estudos encontrados, pelo que se recorreu ao documento de suporte que descreve a sua utilização “supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation” (The Joanna Briggs Institute, 2014b). Obteve-se, assim, os níveis de evidência dos mesmos, contudo, sem constituir uma medida definitiva da melhor evidência disponível.

Realizou-se igualmente a avaliação da Qualidade Metodológica (QM) e, para que os estudos de qualidade reduzida não comprometessem a credibilidade dos resultados da RSL (Gough *et al.*, 2017; Sampaio & Mancini, 2007; The Joanna Briggs Institute, 2014a), os artigos incluídos foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica, através dos instrumentos preconizados pelo Instituto Joanna Briggs adaptado por Araújo (2014), nomeadamente a "MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies", a "MAStARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies" e a "MAStARI critical appraisal tools Randomized Control / Pseudo-randomized Trial (Joanna Briggs Institute, 2014a), cujas *checklists* para avaliação da qualidade metodológica de cada estudo se encontram em anexo (Apêndice III – Checklist da avaliação da qualidade metodológica dos estudos). No quadro que se segue (Quadro 1), pode-se verificar o nível de evidência, bem como o *score* da qualidade metodológica dos artigos incluídos nesta RSL.

Quadro 1 - Nível de evidência JBI® e Score QM JBI® dos estudos da RSL

Título do estudo/Código	Autor (es) e ano	País	Nível de Evidência JBI	Score Qualidade Metodológica JBI
Modified Hospital Elder Life Program: Effects on Abdominal Surgery Patients (E 23)	Chen et al. (2011)	Tailândia	II. c	6 pontos Qualidade Moderada
Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs (E 27)	Faller et al. (2009)	Alemanha	III. c	7 pontos Qualidade Elevada
General perioperative management of gastric cancer patients at high-volume centers (E 29)	Ahn et al.(2011)	Coreia e Japão	IV. b	4 pontos Qualidade Moderada

Como se pode constatar através do quadro anterior, existe um artigo de Qualidade Elevada (E27) e dois de Qualidade Moderada (E23 e E29). Nenhum dos artigos apresentou Qualidade Reduzida. Os três artigos passaram no teste da qualidade metodológica, dado que o consenso estabelecido entre os revisores, conforme definido no protocolo, previa a inclusão dos artigos que tivessem qualidade superior ou igual a moderada.

Apresentação, análise e discussão dos principais resultados

Neste capítulo, apresenta-se os principais resultados da revisão efetuada, assim como a sua análise e discussão. De forma a minimizar o risco de erro e garantir que os mesmos dados fossem colhidos para cada um dos estudos selecionados, utilizou-se um quadro para a extração dos dados tendo por base as orientações do Instituto Joanna Briggs (2014a), adaptado por Araújo (2014), o qual incluiu: data da extração de dados; nome do revisor; título do artigo; autor(es); ano e local onde o estudo foi desenvolvido; orientação metodológica (tipo de estudo); objetivo do estudo; participantes; aspetos éticos; intervenção realizada; testes estatísticos; nível de evidência JBI; principais resultados encontrados; conclusões e as observações do avaliador. Os dados extraídos, de forma mais pormenorizada, podem ser consultados no Apêndice IV - Extração dos dados dos artigos incluídos na RSL. No Quadro 2 pode-se observar os dados compilados, de forma sintetizada.

Quadro 2 - Principais dados dos artigos incluídos na RSL

Autor(es) e Ano/Código do Estudo	Amostra/ Participantes	Procedimentos de tratamento de dados	Objetivo	Principais resultados	Conclusões
Chen et al. (2011) (E 23)	Participaram 179 doentes: Grupo experimental (102) e grupo de controlo (77).	"Statistical Analysis System" - SAS Software (version 9.2; SAS Institute Inc.)	Verificar o efeito do Modified Hospital Elder Life Program (HELP) nos doentes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos abdominais.	Os doentes do grupo HELP (grupo experimental) tiveram um declínio significativamente menos acentuado no desempenho das suas atividades diárias e estado nutricional relativamente ao grupo de controlo, assim como as percentagens de doentes com delírio foi significativamente inferior no grupo HELP relativamente ao grupo de controlo.	O programa HELP reduziu grandemente/efetivamente o declínio funcional (atividades de vida diária e estado nutricional) e as percentagens de delírio pós-cirurgia e no momento da alta nos doentes idosos.
Faller et al. (2009) (E 27)	Participaram 121 doentes: 61 receberam um Programa interativo e 60 um Programa de exposição baseado apenas em informação.	Análise de Covariância (ANCOVA)	Comparar o impacto de um programa interativo com um programa de exposição baseado apenas em informação entre doentes com cancro gástrico.	O conhecimento em relação à condição/doença foi substancialmente superior no grupo que recebeu programa interativo comparativamente ao que recebeu um programa de exposição baseado apenas em informação. Esta diferença manteve-se nos 6 e 12 meses de seguimento. O grupo que recebeu programa interativo no que concerne o lidar ativamente com a doença e qualidade de vida demonstrou que lidou melhor no fim da reabilitação, mas não durante o seguimento (6 e 12 meses).	Em doentes com cancro gástrico, após tratamento cirúrgico, a educação interativa parece ser preferível a programas de exposição baseados apenas em informação.
Ahn et al. (2011) (E 29)	Médicos-cirurgiões de hospitais Coreanos e Japoneses.	SPSS versão 12.0 (SPSS, Chicago, IL, EUA)	Comparar a gestão geral perioperatória dos doentes com cancro gástrico em centros de elevada afluência na Coreia e no Japão, e contribuir para a melhoria dos resultados cirúrgicos e desenvolvimento de protocolos específicos.	Em seis dos 14 hospitais estudados, a profilaxia antimicrobiana, para gastrectomia eletiva, foi administrada até o 3º dia de pós-operatório; um tubo de Levin e um dreno abdominal foram rotineiramente inseridos em sete e dez hospitais, respetivamente. Para o controlo da dor, foi utilizada a Analgesia Controlado pelo Doente (PCA) por via intravenosa ou por via epidural até ao 2º ou 3º dia pós-operatório. A ingestão de goles de água, foi reiniciada até ao 3º dia pós-operatório em doze hospitais. A patologia cirúrgica foi relatada até ao 10º dia pós-operatório em treze hospitais; doze hospitais forneceram um programa de educação do doente, regular, e apenas um hospital prestou um programa de educação integrada, que contou com a participação de um cirurgião, um oncologista, uma enfermeira, e uma nutricionista.	Algumas das intervenções de enfermagem que foram descritas neste estudo, incluem a introdução/manutenção da SNG, a capacitação do doente para o autocontrolo da dor, intervenções inerentes ao início da alimentação e respetivo programa de educação/suporte e duração da manutenção dos drenos abdominais. A gestão geral do cancro gástrico em 14 centros de elevada afluência de doentes não era tão diferente entre os hospitais Coreanos e Japoneses. Apenas o tempo de internamento hospitalar e o tempo necessário para a obtenção de relatórios de patologia cirúrgica foram relativamente mais longos nos hospitais japoneses que nos hospitais coreanos.

Todos os artigos encontravam-se publicados em inglês, entre janeiro de 2005 e junho de 2015. Dois artigos foram publicados pela Elsevier® (Patient Education and Counseling - E27 e pelo Journal of the American College of Surgeons - E23); e um pela Springer (Gastric Cancer - E29). Um estudo foi realizado na Coreia e no Japão e os outros dois foram realizados em Taiwan e Alemanha. Em síntese, dois estudos foram realizados no continente Asiático e um no Europeu, demonstrando uma escassa variedade geográfica, sendo um indicador da importância atribuída por estes países a esta problemática. Esta constatação vai ao encontro do que vários autores referem, nomeadamente Yamamoto *et al.* (2015) quando aludem que, embora a incidência do cancro gástrico tenha vindo a diminuir no hemisfério ocidental, taxas constantes foram relatadas em países do Oriente, em particular Coreia do Sul e Japão.

A amplitude temporal entre a publicação dos artigos é de dois anos (2009 e 2011). Os estudos incluídos na RSL respeitaram os critérios éticos inerentes ao processo de investigação. É de salientar que o método quantitativo se mostrou prevalente entre os estudos, pois os três estudos são do tipo quantitativo e, no que concerne o desenho dos estudos temos, um estudo de coorte/prospetivo (E27), um estudo descritivo e comparativo (E29) e um estudo clínico não randomizado (E23).

No quadro que se segue (Quadro 3), apresenta-se uma síntese narrativa de cada estudo analisado, em que se descreve, de forma sumária, os principais resultados/intervenções e principais conclusões em termos de eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

Quadro 3 – Intervenções de enfermagem e sua eficácia na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico

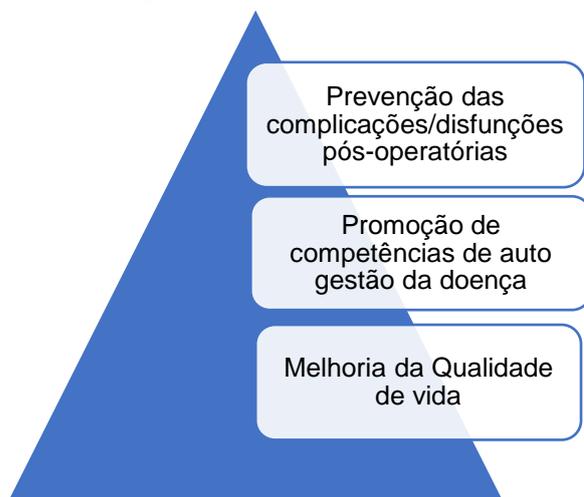
Código do Estudo	Intervenções de Enfermagem	Eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico
E 23	A <u>intervenção (Programa HELP modificado)</u> consistiu num protocolo diário de cuidados prestados no hospital, que se iniciava assim que os doentes regressavam da cirurgia e terminava no momento da alta hospitalar. Incluía 3 protocolos chaves: - Mobilização precoce (deambulação ou mobilização ativas, exercícios realizados 3 vezes ao dia); - Assistência nutricional (cuidados de higiene oral, escovagem dos dentes, controlo e educação nutricional e assistência na alimentação, se necessário); - Atividades terapêuticas cognitivas (orientação na comunicação e simulação de atividades de	O programa HELP reduziu grandemente/efetivamente: - O <u>declínio funcional - desempenho de atividades de vida diária e estado nutricional</u> ; - E a <u>função cognitiva</u> , ou seja, as percentagens de <u>delírio pós-cirurgia</u> no momento da alta nos doentes idosos submetidos a grandes cirurgias abdominais por tumores malignos.

Código do Estudo	Intervenções de Enfermagem	Eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico
	<p>conhecimento tais como discutir acontecimentos atuais ou jogos, 3 vezes dias).</p> <p>A <u>Intervenção usual</u> consistia nos cuidados habituais providenciados pelos médicos, enfermeiros e pessoal de apoio (dietista, fisioterapeutas...).</p>	
E 27	<p>Existência de dois programas um interativo e outro apenas expositivo.</p> <p>As intervenções tiveram um formato presencial em grupos entre 5 a 10 doentes de acordo com o número de doentes elegíveis em cada semana de recolha de dados.</p> <p>Ambos os programas tinham um carácter informativo e com a presença do mesmo “educador”. A principal diferença entre os dois formatos foi a interação permitida quer entre os doentes quer entre doentes e educador.</p> <p>Os conteúdos dos programas incluíam informação sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cancro gástrico; fatores de risco; tratamento, particularmente, cirúrgico; funções gástricas; disfunções pós-operatórias; medidas para lidar com os sintomas de dispepsia e estratégias para comer e beber com o objetivo de anular estes sintomas. <p>O programa interativo consistiu em 3 horas de apresentação durante 3 dias enquanto o programa expositivo, baseado apenas em informação, cobriu apenas 1 hora de apresentação.</p>	<p>O <u>conhecimento dos doentes em relação à sua condição/doença</u> foi substancialmente superior no grupo que recebeu programa interativo, durante a reabilitação pós-operatória, e 6 e 12 meses após. Em relação ao <u>lidar ativamente com a doença (Coping)</u> no grupo que recebeu o programa interativo comprovou-se que lidou melhor com a doença no fim da reabilitação, mas o mesmo não se verificou durante o seguimento (6 e 12 meses após).</p>
E 29	<p>As intervenções de enfermagem descritas neste estudo, incluem a introdução/manutenção da SNG, a capacitação do doente para o autocontrolo da dor, intervenções inerentes ao início da alimentação e respetivo programa de educação/suporte e duração da manutenção dos drenos abdominais.</p>	<p>Os resultados obtidos, considerando as intervenções de enfermagem desenvolvidas nos 14 centros de elevada afluência de doentes, não revelaram grandes diferenças entre os hospitais. Apenas o tempo de internamento hospitalar foi relativamente mais longo nos hospitais japoneses do que nos coreanos.</p>

Evidências resultantes da RSL

Através dos dados obtidos emergiram três categorias que sustentam a eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

Figura 2 – Categorias da eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico emergentes da RSL



No que concerne a prevenção das complicações/disfunções pós-operatórias, as intervenções de enfermagem efetuadas nos períodos pré e pós-operatório de forma organizada e sistematizada são eficazes na melhoria dos resultados cirúrgicos (E29), na deteção e resposta precoce às possíveis complicações pós-operatórias, nomeadamente na ajuda no desempenho das atividades diárias, na manutenção do estado nutricional e na melhoria da função cognitiva (E23). Ahn *et al.* (2011), no estudo que desenvolveram (E29), compararam a gestão perioperatória dos doentes com cancro gástrico em centros de elevada afluência de doentes na Coreia e no Japão (E29), com o objetivo de contribuir para a melhoria dos resultados cirúrgicos e desenvolvimento de protocolos de atuação específicos. Os resultados obtidos, considerando as intervenções de enfermagem desenvolvidas nos 14 centros, não revelaram grandes diferenças entre os hospitais. Apenas o tempo de internamento hospitalar foi, relativamente, mais longo nos hospitais japoneses do que nos coreanos. Os autores do estudo salientam que, as informações obtidas no seu estudo podem ajudar a estabelecer protocolos e, conseqüentemente, melhorar os resultados cirúrgicos.

Noutra perspetiva, Sands (2010) refere que o carcinoma gástrico é raro antes dos 40 anos, ocorrendo com maior incidência em pessoas entre os 50 e 70 anos de idade. Logo, é crucial que na gestão dos cuidados de enfermagem ao doente com carcinoma gástrico se tenha em

atenção as pessoas idosas que são provavelmente as mais afetadas por esta doença. Na presente RSL, salienta-se um estudo (E23) que aborda o efeito de um programa para idosos (HELP modificado), cujas principais finalidades foram verificar as mudanças no desempenho de atividades de vida diárias, estado nutricional e função cognitiva. Verificou-se que a aplicação de protocolos de atuação reduzia o declínio funcional: a mobilização precoce (deambulação ou mobilização ativas) e a assistência nutricional (educação nutricional e assistência na alimentação). Contribuíram ainda para que os doentes tivessem um declínio significativamente menos acentuado no desempenho das suas atividades diárias e estado nutricional.

O declínio da função cognitiva pós-cirúrgica é comum em doentes mais idosos e pode levar ao aumento da mortalidade (Chen *et al.*, 2011) (E23). Neste sentido, no que se refere à função cognitiva, os autores verificaram que a aplicação de cuidados específicos reduzia as taxas de delírio no pós-operatório. As atividades terapêuticas cognitivas (orientação na comunicação e simulação de atividades de conhecimento tais como discutir acontecimentos atuais ou jogos) contribuíram para que os doentes obtivessem taxas de delírio significativamente inferiores aos doentes que não receberam este tipo de cuidado.

Quadro 4 - Resultados da categoria "Prevenção das complicações/disfunções pós-operatórias"

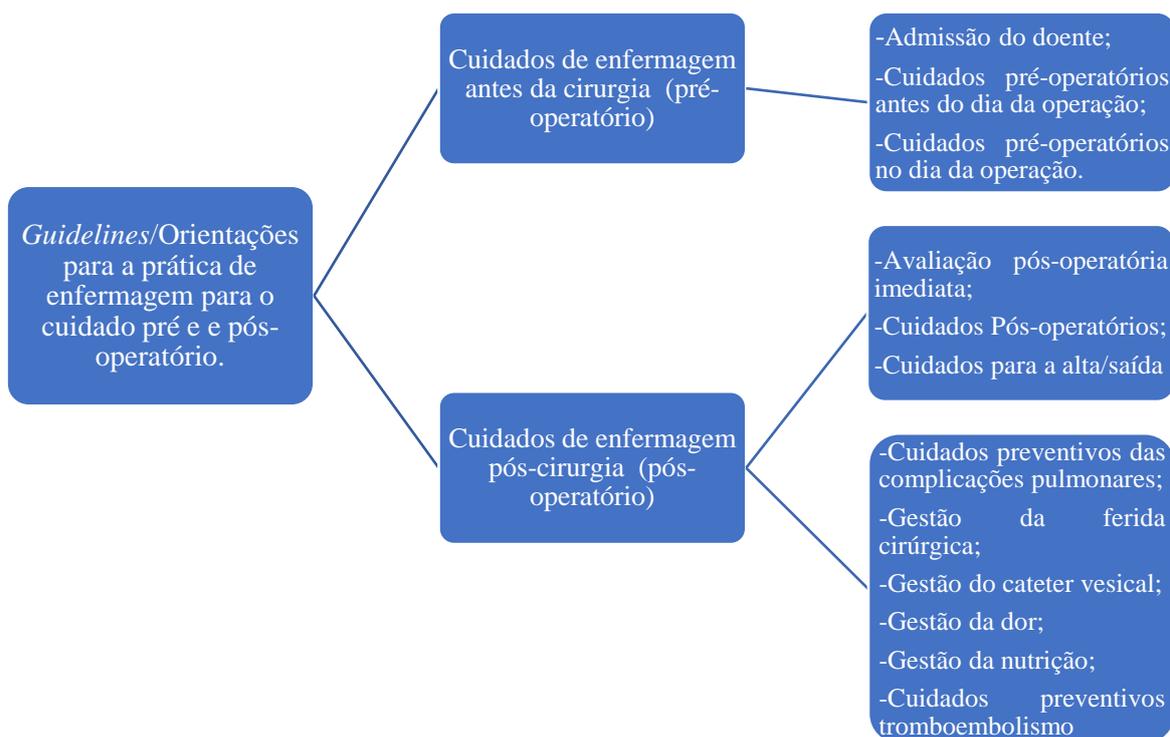
Estudos	Resultados
E 23	Redução do declínio no estado nutricional
	Redução do declínio funcional para o desempenho das atividades diárias.
	Melhoria da função cognitiva, nomeadamente do delírio pós-operatório e alta hospitalar.
E29	Melhoria dos resultados cirúrgicos.

Na sequência de um estudo que Park e Park (2010) realizaram com o objetivo de desenvolver orientações para a prática de enfermagem e algoritmos para cuidados pré e pós-operatórios de doentes com cancro gástrico, os autores, salientaram a importância da existência de *guidelines*/ orientações, como forma de contribuir para a prevenção, deteção e atuação precoce nas possíveis complicações pós-operatórias, tais como: hemorragia; refluxo gástrico; síndrome de *dumping*; entre outras; assim como na redução das variações dos cuidados de enfermagem e, por seu turno, na redução das discrepâncias nos resultados dos doentes.

Os autores do estudo estão ainda confiantes que estas orientações seriam úteis para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, os conhecimentos e proficiência dos enfermeiros,

podendo ser utilizadas para ensinar/educar estudantes de enfermagem e enfermeiros nos cuidados pré e pós-operatórios de doentes com cancro gástrico. Neste sentido, classificaram os cuidados antes da cirurgia em três dimensões: admissão do doente; cuidados pré-operatórios antes do dia da cirurgia; e cuidados pré-operatórios no dia da cirurgia. Da mesma forma, classificaram os cuidados pós-operatórios em três dimensões: avaliação imediata; cuidados pós-operatórios; e cuidados para a alta/saída do doente. Por sua vez, os cuidados pós-operatórios foram organizados em: cuidados preventivos de complicações pulmonares; gestão da ferida cirúrgica, do cateter vesical, da dor; e gestão da nutrição e cuidados preventivos de tromboembolismo. Posteriormente, elaboraram um algoritmo para orientação da prática de enfermagem para os cuidados pré e pós-operatórios, e um algoritmo para cuidados preventivos do tromboembolismo venoso em doentes com cancro gástrico (figura 3) (Park & Park, 2010, p. 218).

Figura 3 – Dimensões do cuidar pré e pós-operatório da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica



Os dados apresentados corroboram o referido por alguns autores, os quais aludem que o cancro gástrico, continua a ser uma das causas mais frequentes de mortalidade por cancro no mundo, em que a cirurgia é o único tratamento potencialmente curativo, sendo que os efeitos adversos da cirurgia incluem sintomas digestivos, perda de apetite, desnutrição, entre outros. Assim sendo, a gestão nutricional é de extrema importância no tratamento destes

doentes. O enfermeiro, em colaboração com a restante equipa, nomeadamente a nutricionista, devem desenvolver orientações e cuidados nutricionais de forma a reduzir/prevenir o declínio nutricional, ajudar o doente a perceber as bases fisiológicas destas complicações, sendo necessário realizar ensinamentos sobre os novos hábitos alimentares a adotar, prevenindo o aparecimento de vários desconfortos (Alidosti *et al.*, 2012; Javier *et al.*, 2008; Robalo, 2005; Sands, 2010).

Num estudo prospetivo, randomizado e controlado (Kim *et al.*, 2014), em que participaram 56 doentes distribuídos aleatoriamente no grupo experimental e grupo controle, provenientes de um centro de cancro na Coreia do Sul, após terem sido submetidos a gastrectomia com estádios de cancro I a III e, cujo objetivo, foi desenvolver uma intervenção alimentar à base de participação do doente (PPDI - Patient Participation-based Dietary Intervention) e avaliar os seus efeitos sobre os resultados para os doentes, os autores concluíram que os participantes na intervenção PPDI demonstraram reduções significativas nos sintomas alimentares adversos e melhorias significativas no estado funcional, estado de desempenho, consumo alimentar, adesão às diretrizes alimentares, conhecimento dietético e satisfação com a intervenção, em comparação com o grupo de controlo. Os autores concluíram que o PPDI correspondeu a uma intervenção dietética eficaz para doentes submetidos a gastrectomia por cancro gástrico e que a incorporação da perspetiva dos doentes numa intervenção dietética, após gastrectomia, pode contribuir para melhorar os resultados dos doentes e para um atendimento de qualidade (Kim *et al.* (2014).

Para além do declínio nutricional, Sands (2010) alerta-nos para o declínio funcional que o doente com cancro gástrico está propenso, pois existe a probabilidade de uma decadência acentuada na capacidade de autocuidado, em várias atividades de vida, nomeadamente no mover-se. A mobilização precoce no pós-operatório é crucial para a prevenção de complicações, sendo que o autor defende que os exercícios com os membros inferiores ajudam a prevenir a congestão venosa e que o enfermeiro deverá demonstrar disponibilidade para ensinar o doente, já no período pré-operatório, para que possa realizar no pós-operatório o mais precocemente possível. Também, Park e Park (2010) dão especial atenção aos cuidados inerentes à mobilização no sentido de promover a autonomia do doente, mais especialmente na prevenção das complicações tromboembólicas.

Concordando com os autores anteriormente citados, Patel e Hall (2013) referem que a fisioterapia no período perioperatório está emergindo como uma componente importante de recuperação pós-operatória. Estes autores realizaram uma revisão da literatura em que destacaram os avanços na implementação da fisioterapia no período perioperatório e a sua valorização nos resultados pós-cirúrgicos. Referem que a realização de exercícios no período

pré-operatório pode melhorar a componente física e, potencialmente, afetar os resultados pós-cirúrgicos. Destacam ainda a importância da deambulação precoce no pós-operatório, na redução das complicações pulmonares pós-operatórias e na redução do tempo de internamento.

Outra das evidências dos estudos incluídos nesta revisão e na categoria “Prevenção das complicações/disfunções pós-operatórias” refere-se à melhoria da função cognitiva, nomeadamente no delírio. Neste sentido, vários são os autores que mencionam que o delírio é uma complicação comum e importante no pós-operatório, tratando-se de uma síndrome cuja causa é uma disfunção cerebral resultante de fatores predisponentes e precipitantes, que agem sinergicamente, estando associado a um aumento da mortalidade e morbidade após intervenção cirúrgica (Berger *et al.*, 2015; Celik *et al.*, 2015; Grifasi *et al.*, 2015; Ruiz-Neto *et al.*, 2002).

O estudo desenvolvido por Korc-Grodzick *et al.* (2015) revelou que um número significativo de doentes cirúrgicos com o diagnóstico de cancro desenvolveram delírio pós-operatório, estando os mais idosos particularmente em risco, sendo este potencialmente evitável e tratável, tendo como principais estratégias de prevenção, geralmente, baseadas na identificação de doentes de alto risco e no tratamento dos fatores de risco modificáveis. Já Alagiakrishnan e Sankaralingam (2014) aludem que a gestão do *delirium* cirúrgico inclui abordagens não farmacológicas e farmacológicas. Nesta linha de pensamento, já em 2008, o estudo realizado por Robinson e Eiseman, demonstrou que a implementação de medidas preventivas, incluindo intervenções ambientais e de apoio (p. ex.: orientação repetida, redução das interrupções do ciclo sono-vigília) contribuíram para reduzir tanto o número como a duração dos episódios de delírio em doentes idosos hospitalizados. Sendo assim, os mesmos autores salientam que o tratamento inicial de delírio deve ser efetuado com medidas ambientais e de apoio, instituídas de forma preventiva.

Dada a atual tendência para o aumento no número de sobreviventes após ressecção de cancro gastrointestinal superior (gástrico e/ou esôfago), na sequência da evolução que se tem verificado ao nível das tecnologias médicas e sistemas de rastreio, apesar de acompanhadas de disfunções/complicações funcionais pós-cirúrgicas, Nakamura *et al.* (2008) desenvolveram uma escala de 32 itens, a qual tem como finalidade avaliar as disfunções pós-operatórias nestes doentes, pelo que é crucial a sua identificação o mais precocemente possível.

Relativamente à categoria “Promoção de Competências de autogestão da doença”, a educação dos doentes com cancro gástrico, através de programas interativos, revelou ser

mais eficaz no que respeita ao conhecimento do doente em relação à sua condição/doença a curto e longo prazo (6 e 12 meses), tal como lidar com a doença a curto prazo, quando comparada com a utilização de um programa baseado apenas na informação, o que vem reforçar a importância da interação/participação dos doentes no seu processo de cuidados (E 27), (Faller *et al.*, 2009).

No programa interativo utilizado pelos autores supramencionados, os doentes foram encorajados a colocar questões e a fazerem corresponder a informação prestada com as suas situações pessoais, melhorando assim as competências adquiridas no dia a dia, contribuindo para aumentar o conhecimento sobre a sua condição/doença e lidar com a doença.

Quadro 5 - Resultados da categoria “Promoção de Competências de autogestão da doença”

Estudos	Resultados
E 27	Maior conhecimento do doente em relação à sua condição/doença a curto e longo prazo.
	Maior capacidade para lidar com a doença (<i>coping</i>) a curto prazo.

Na literatura, identificou-se alguns estudos que mencionam que os doentes que adotam um papel mais ativo/participativo no seu processo de cuidados tendem a ter uma recuperação mais rápida, do que aqueles que adotam um papel passivo. Desta forma, a promoção da capacidade de cada pessoa para autogerir a situação, deve tornar-se um foco prioritário dos sistemas de saúde, em que o suporte para a autogestão deve ser a parceria entre o doente e a equipa de saúde, com cuidados centrados na pessoa capazes de estimular a sua autonomia, contribuindo para a satisfação de diferentes necessidades, nomeadamente, o lidar com a doença, a aceitação, o compromisso e a adesão (Collins & Rochfort, 2016; Melo, 2005; Sharon *et al.*, 2015).

A avaliação das necessidades de informação dos doentes diagnosticados com cancro esofágico e gástrico revelou que 79% dos doentes queriam o máximo de informação possível sobre o seu diagnóstico/doença, assim como a transmissão de informação adequada melhora o bem-estar psicológico, permitindo ao doente desenvolver estratégias para lidar melhor com a sua condição e desenvolver a capacidade de autogestão (Wittmann *et al.*, 2011).

Relativamente à categoria “Melhoria da Qualidade de Vida” Faller *et al.* (2009), no estudo que desenvolveram, concluíram que a qualidade de vida dos doentes era melhor no grupo que recebeu o programa interativo, quando comparado com o grupo que recebeu o programa de informação básico, em que não era permitida a interação entre doente e educador. Contudo,

esta diferença verificou-se apenas durante o regime de internamento e não a longo prazo (6 e 12 meses) (E 27).

Esta situação pode-se dever ao fato do programa ter sido desenvolvido apenas durante o regime de internamento e não durante o período de seguimento. Neste estudo, a avaliação da qualidade de vida foi realizada através do “Gastrointestinal Life Quality Index” (GLQI), que avalia os sintomas gastrintestinais, o bem-estar emocional, a função física, a função social e o tratamento médico.

Quadro 6 - Resultados da categoria "Melhoria da Qualidade de Vida"

Estudos	Resultados
E 27	Melhoria da qualidade de vida ao nível: <ul style="list-style-type: none">- Sintomas gastrintestinais- Bem-estar emocional- Função física- Função social- Tratamento médico

Existe evidência que corrobora os dados apresentados. Entre elas destaca-se a investigação realizada por Santos e Fuly (2014), a qual teve, como principal objetivo, discutir a importância da educação em saúde como ferramenta para melhorar a qualidade de vida de doentes oncológicos. Estes mesmos autores defendem a necessidade de uma assistência integral ao doente, que passa não só pelos cuidados hospitalares, mas também pelo acompanhamento extra-hospitalar (p. ex.: consulta domiciliária), garantindo a autonomia do doente e a sua qualidade de vida. Acrescentam que esta pesquisa foi suficiente para comprovar e expor a importância da consulta domiciliária e da educação em saúde como ferramentas para melhorar a qualidade de vida, contribuindo para “a promoção, prevenção, educação e reabilitação em saúde (...) incentivar o autocuidado, a autonomia e o envolvimento familiar, como forma de criar ou restabelecer as redes familiares de apoio tão importantes para o indivíduo doente” (Santos & Fuly, 2014, p. 908).

Por seu lado, os resultados do estudo desenvolvido por Malmstrom *et al.*, (2013) revelam que, após uma intervenção cirúrgica ao cancro gástrico ou esofágico, os doentes sofrem uma variedade de problemas que afetam o seu desenvolvimento físico, saúde mental e funcional e, a nova vida que os doentes passam a ter, emerge do impacto que o cancro e tratamento são sentidos pela pessoa. Isto fundamenta e motiva a necessidade de um programa de cuidados de suporte que abarque a prestação de cuidados para atender às necessidades dos

doentes, nomeadamente as necessidades físicas, psicológicas e sociais, que devem ser atendidas durante o diagnóstico, o tratamento e as fases de acompanhamento.

Nesta linha de ideias, o estudo desenvolvido por Davoodi *et al.* (2015), cujo objetivo foi analisar a eficácia de um breve programa de educação de autocuidado (incluiu a educação sobre o síndrome de *dumping*, nutrição, atividade física e apoio psicossocial) para melhorar a qualidade de vida dos doentes com cancro gástrico após gastrectomia, revelou que, em nenhuma das sub-escalas do QLQ-C30 e no QLQ-STO22 houve diferenças estatisticamente significativas entre o grupo a quem foi aplicado o programa e o grupo de controlo a quem foram aplicados os cuidados habituais. Os autores concluíram que a avaliação e melhoria da qualidade de vida são importantes em doentes com cancro gástrico, sendo que, no seu estudo, não conseguiram demonstrar os efeitos, estatisticamente significativos, do programa de educação. Ou seja, o programa de educação de autocuidado breve não foi suficiente para melhorar a qualidade de vida dos doentes com cancro gástrico após gastrectomia de forma considerável. Assim, de acordo com Malmstrom *et al.* (2013), é necessário a existência de programas abrangentes que abarquem as diferentes necessidades dos doentes.

No quadro seguinte (Quadro 7) apresenta-se uma síntese das recomendações das intervenções com eficácia na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

Quadro 7 - Síntese das intervenções com eficácia na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento

Código do Estudo/Título	Intervenções/Programas de Intervenção
E 23 - Modified Hospital Elder Life Program: Effects on Abdominal Surgery Patients	<p><u>Programa HELP modificado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mobilização precoce - Assistência nutricional - Atividades terapêuticas cognitivas
E 27 - Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs	<p>Programa de Informação Interativo (permitida interação quer entre os doentes quer entre doentes e educador)</p> <p>Os conteúdos dos programas incluíam informação sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancro gástrico • Fatores de risco • Tratamento, particularmente, as intervenções cirúrgicas, • Funções gástricas • Disfunções pós-operatórias • Medidas para lidar com os sintomas de dispepsia • Estratégias para comer e beber com o objetivo de anular estes sintomas.
E 29 - General perioperative management of gastric cancer patients at high-volume centers	<p>Intervenções de enfermagem que foram descritas neste estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução/manutenção da SNG • Capacitação do doente para o autocontrolo da dor (PCA e cateter epidural) • Início da alimentação e respetivo programa de educação/suporte • Duração da manutenção dos drenos abdominais.

Analisando todo o trabalho desenvolvido, pode-se afirmar que os objetivos propostos foram atingidos. De facto, considera-se que a problemática abordada - “Intervenções de enfermagem mais eficazes na recuperação pós-operatória em pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico” - reveste-se de grande interesse, sendo os resultados encontrados passíveis de constituírem um subsídio para a prática de enfermagem, nomeadamente, contribuir para a conceção e implementação de programas de intervenção de enfermagem que sejam uma mais-valia na recuperação do doente.

A partir desta RSL identificou-se algumas intervenções de enfermagem ou programas que se mostraram eficazes na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico nomeadamente: Programa HELP modificado, que consistiu

na mobilização precoce, assistência nutricional e atividades terapêuticas cognitivas; o Programa de Informação Interativo, cujo conteúdo informativo incluía entre outros aspetos, os fatores de risco para o cancro gástrico, tratamento, disfunções pós-operatórias; e as intervenções de enfermagem que devem ser atendidas durante o período perioperatório (capacitação do doente para o autocontrolo da dor, o momento do início da alimentação e respetivo programa de educação, entre outras).

Destaca-se que, da RSL, emergiram três categorias da eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico: prevenção das complicações/disfunções pós-operatórias; promoção de competências de autogestão da doença; e melhoria da qualidade de vida. Através dos dados apresentados anteriormente, concluímos que as intervenções de enfermagem, aplicadas nos estudos incluídos nesta RSL, contribuíram para a recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

Foi possível ainda detetar várias limitações desta RSL, nomeadamente: no que se refere ao número de estudos encontrados que abordassem especificamente a eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico; e na heterogeneidade dos artigos, não permitindo a realização de meta-análise. Outra limitação é o facto de termos restringido o idioma (português, espanhol, inglês), contribuindo para a perda de potenciais estudos noutros idiomas.

A realização desta RSL foi de extrema importância pois possibilitou o conhecimento, de forma mais concreta e aprofundada da temática a estudar e, essencialmente, delimitar o foco de estudo desta investigação. Assim, nos próximos capítulos e subcapítulos desta investigação, toda a atenção será direcionada para a autogestão da alimentação/sintomas digestivos das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia. Pois, como foi possível constatar através da RSL e da pesquisa realizada previamente, a componente alimentar é uma das áreas mais afetadas após a intervenção cirúrgica nas pessoas com cancro gástrico, embora outras complicações possam advir do ato cirúrgico. Contudo, são mais transversais a qualquer intervenção cirúrgica, sendo que capacitar o doente para a autogestão destas complicações irá contribuir para a prevenção/controlo das mesmas. Assim, depois desta fase do trabalho, sentiu-se a necessidade de desenvolver uma Revisão Integrativa da Literatura, que se segue, sobre as “Intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico”.

2. Intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico: Revisão Integrativa da Literatura

Partindo da RSL, a qual possibilitou identificar algumas das intervenções de enfermagem/programas eficazes na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico, e delimitar o foco deste estudo, decidiu-se realizar uma revisão integrativa da literatura (RIL). Esta com o objetivo de elencar as intervenções de enfermagem indicadas, com base na evidência científica, para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

São inevitáveis as consequências nutricionais que advêm do ato cirúrgico, independentemente de ser realizada uma gastrectomia total ou parcial. Contudo, as mesmas podem ser atenuáveis mediante uma abordagem multidisciplinar no sentido de capacitar o doente para a autogestão do seu regime dietético. Assim, considera-se que estes doentes necessitam de um acompanhamento personalizado, mesmo a longo prazo, de forma a contribuir para a adaptação à nova realidade: viver sem o estômago ou sem parte dele (Castro *et al.*, 2017; Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Miranda, 2008; Papini-berto & Burini 2001; Sands, 2010).

A RIL procurou dar resposta à questão: “Quais as intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico?”, com a finalidade de obtermos contributos para a elaboração de um programa de intervenção de enfermagem, promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Como critérios de inclusão definiu-se estudos: cuja população fosse composta por doentes adultos; que analisassem/identificassem as intervenções de enfermagem no pré e pós-operatório na perspetiva da alimentação/gestão dos sintomas digestivos, dirigido à pessoa com cancro gástrico; dos últimos 10 anos; e redigidos nos idiomas português, espanhol ou inglês. Os critérios de exclusão incluíram estudos: relacionados com a cirurgia por cancro gástrico de urgência; em que a população alvo se encontrava em cuidados paliativos; em que o tratamento incluiu a intervenção cirúrgica e outros tratamentos adjuvantes, como a quimioterapia e/ou radioterapia; e que não apresentassem *full-text* ou um abstract pormenorizado. Em abril de 2016 seguiu-se para a etapa da identificação dos estudos.

Para determinar os termos de pesquisa nas bases de dados recorreu-se ao *MeSH Browser*³, produzido pelo National Library of Medicine e ao DeCS[®]. A pesquisa de literatura para este estudo foi efetuada eletronicamente, nas bases de dados eletrónicas: CINAHL[®] Plus; CENTRAL; MEDLINE[®]; CDSR; e MedicLatina(tm), via EBSCO HOST da Ordem dos Enfermeiros. Também, se realizou pesquisa na base de dados da *Scielo* nos seguintes periódicos: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (S. Paulo), Revista Portuguesa de Cirurgia, assim como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). A pesquisa manual foi realizada em 2 manuais de referência para a área cirúrgica: Enfermagem Médico-Cirúrgica (2010); Cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico (2008).

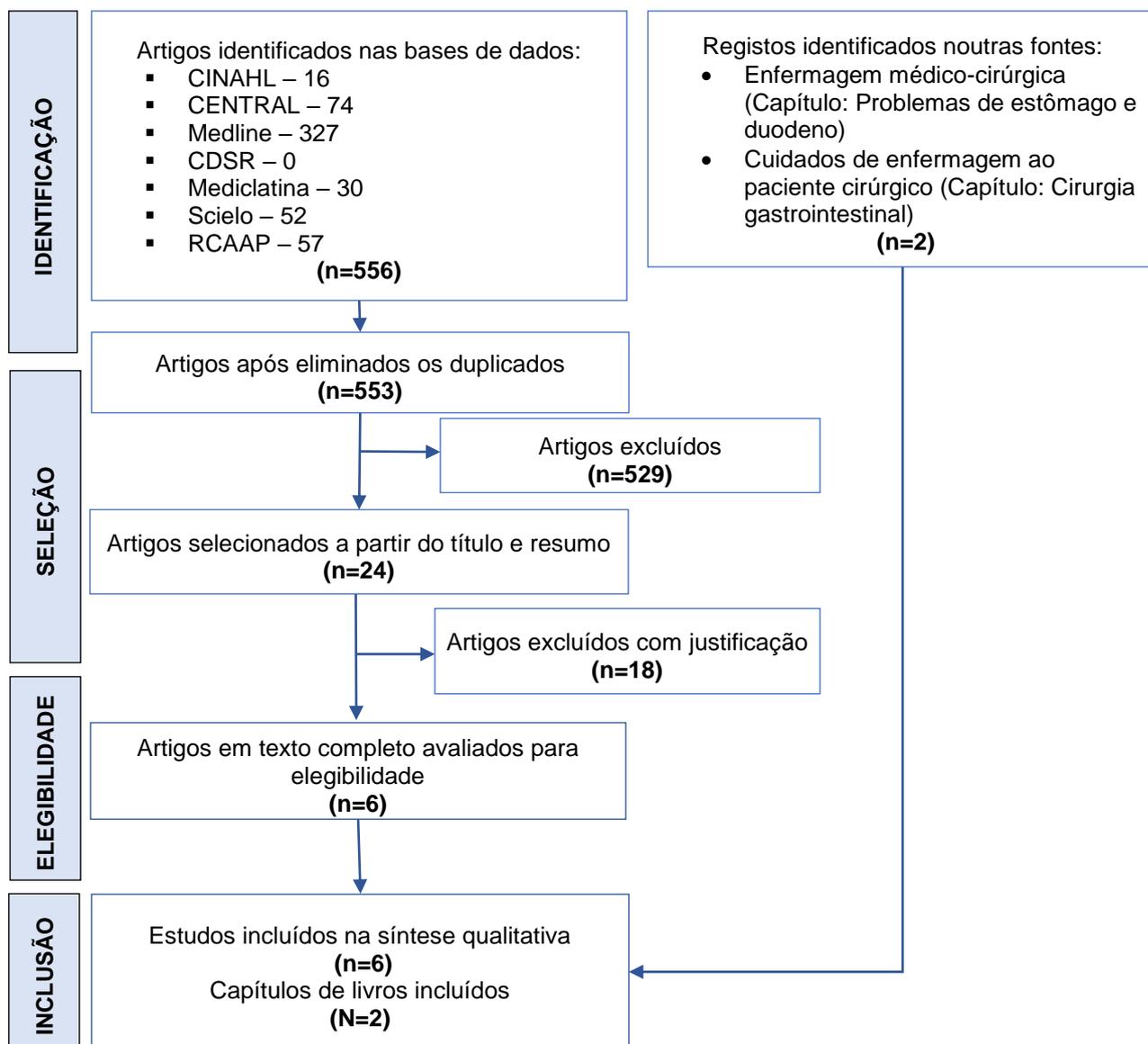
Da pesquisa efetuada, resultaram 556 artigos, sendo removidas as duplicações de artigos (3 referências duplicadas), pelo que foram considerados 553 estudos, assim como a pesquisa efetuada nos manuais referenciados anteriormente. Seguidamente, procedeu-se à seleção dos artigos relevantes para responder à pergunta PICO. O método de seleção dos estudos incluiu duas fases de refinamento: numa primeira fase, os artigos foram selecionados pelo título e resumo, selecionando 24 artigos; e, numa segunda, os estudos selecionados passaram por um novo crivo que consistiu na leitura detalhada do texto na sua íntegra, restando seis artigos para análise.

Importa referir que alguns dos estudos de investigação identificados na pesquisa foram excluídos pelo não cumprimento dos critérios de inclusão e, outros, por diversas causas, nomeadamente: tema de interesse (não analisavam/identificavam as intervenções de enfermagem no pré e pós-operatório na perspetiva da alimentação/gestão dos sintomas); estudos que abordavam as técnicas cirúrgicas mais utilizadas no cancro gástrico, suas vantagens e desvantagens; estudos que analisavam a componente da alimentação na vertente enteral e parenteral e não a oral; estudos que analisavam a componente da alimentação dos doentes submetidos a gastrectomia, por obesidade mórbida e não por cancro gástrico; estudos que analisavam a componente da alimentação numa perspetiva da introdução precoce ou tardia, vantagens, desvantagens; e estudos que abordavam a componente da alimentação do doente oncológico e não especificamente o doente com cancro gástrico. A Figura 4 expõe o diagrama PRISMA (Moher *et al.*, 2009)⁴ adaptado para esta RIL, onde são apresentados os passos da seleção das referências.

³ <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MeSHonDemand.html>

⁴ <http://www.prisma-statement.org>

Figura 4 – Diagrama PRISMA adaptado à RIL



Apresentação, análise e discussão dos principais resultados

Neste capítulo, apresenta-se os principais resultados dos artigos incluídos na revisão, assim como a sua análise e discussão. Dos artigos encontrados, dois estavam publicados em inglês e quatro em português. Três dos estudos são de Portugal, um estudo desenvolvido no Brasil, um estudo realizado no Reino Unido e outro no Irão. Em síntese quatro estudos foram realizados no continente Europeu, um no Asiático e um no Continente Americano. Os artigos foram publicados entre os anos de 2009 e 2015. Vários profissionais de saúde estiveram envolvidos na realização dos estudos, nomeadamente enfermeiros, professores de cirurgia, professores de enfermagem, cirurgiões, nutricionistas, entre outros. Em relação à metodologia

utilizada, três estudos utilizaram a metodologia qualitativa, um utilizou a metodologia quantitativa, um estudo é uma revisão integrativa da literatura e outro é uma revisão sistemática.

Passa-se a apresentar os resultados da análise efetuada aos artigos incluídos nesta revisão da literatura e que são capazes de responder à pergunta de pesquisa.

Nicklin *et al.* (2009), no Reino Unido, desenvolveram um estudo que teve como objetivo determinar quais as orientações que os doentes e familiares gostariam de receber sobre como lidar com os sintomas pós-operatórios, associados a esofagectomia e gastrectomia e, posteriormente, utilizar os resultados obtidos para a atualização de um folheto informativo da Oesophageal Patients Association (OPA) a fornecer ao doente após a cirurgia. Relativamente aos resultados, é de salientar que os participantes chegaram ao consenso de que as orientações que gostariam de receber e que deveriam fazer parte do conteúdo do livrete incluíam: a cirurgia - detalhes sobre o procedimento cirúrgico da esofagectomia e gastrectomia; o comer e beber - deglutição, apetite e refeições; possíveis problemas que possam surgir após a cirurgia – síndrome *de dumping*, ingestão de alimentos, refluxo e diarreia; estilo de vida após a cirurgia - comer fora/lugares públicos, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho; alimentação saudável - sugestões de alimentos e receitas; e informações sobre o após a recuperação - informações sobre o retomar uma dieta normal.

Nicklin *et al.* (2009) concluíram que o seu estudo contribuiu para a atualização de um folheto informativo sobre como lidar com os sintomas pós-operatórios associados à esofagectomia e gastrectomia e, demonstrou que os doentes valorizam, acham útil e reconfortante a informação escrita sobre a dieta e sintomas que ocorrem como resultado destas cirurgias radicais, bem como outras informações. Consideram assim que, fornecer informações escritas, deve fazer parte dos cuidados de enfermagem, assim como educar os doentes para a autogestão da doença/ sintomas, de forma a retomarem a sua vida após a alta hospitalar.

No Brasil, em 2010, Mello *et al.* realizaram uma RIL, com o intuito de analisar a produção científica dos últimos 10 anos (1998 e 2008) sobre doentes com cancro gástrico submetidos a gastrectomia, descrevendo aspetos importantes a serem abordados na orientação de enfermagem a estes doentes, com vista à sua recuperação.

No que concerne os resultados globais desta revisão, destaca-se as complicações e disfunções que estes doentes apresentavam, nomeadamente ao nível do estado nutricional após gastrectomia, uma vez que o estado nutricional muda significativamente após a cirurgia.

Os efeitos negativos da cirurgia incluem, principalmente, sintomas digestivos, perda de apetite, desnutrição, entre outros (Mello *et al.*, 2010). Em conclusão, os autores identificaram diversos aspetos relativos às orientações de enfermagem que devem ser fornecidas aos doentes com cancro gástrico submetidos a gastrectomia e seus familiares, constatando-se que a atuação do enfermeiro se inicia no pré-operatório e prossegue durante todo o processo, incluindo o pós-operatório tardio (Mello *et al.*, 2010).

Assim, destaca-se os aspetos que contribuíram para dar resposta à questão de partida para esta revisão: o enfermeiro deve conhecer o perfil do doente (avaliação inicial de cada doente e sua família), de forma a identificar precocemente os fatores de risco (doenças concomitantes, condições fisiológicas, entre outros); o enfermeiro, juntamente com a equipa de nutrição, deve desenvolver orientações para a gestão nutricional, de forma a esclarecer a fisiopatologia nutricional, bem como a escolha e o método de preparação dos alimentos; é imprescindível a necessidade de atualização e busca de metodologias eficazes na orientação a esses doentes (Mello *et al.*, 2010).

Em 2011, Paiva *et al.*, desenvolveram uma RSL que teve como objetivos compreender o impacto da gastrectomia em utentes com carcinoma gástrico (nutrição *versus* QV), a sua influência na satisfação do autocuidado e o papel do enfermeiro ao longo do processo de transição saúde-doença. Em termos de resultados, os autores evidenciaram que a gastrectomia, seja total ou subtotal, influencia diretamente a manutenção de um estado nutricional adequado, não só pela dificuldade que os doentes manifestam em alimentar-se, mas também, pela necessidade de adaptação ao novo trajeto digestivo reconstituído durante a intervenção cirúrgica e que a nutrição se traduz num benefício quando iniciada precocemente, contribuindo para a melhoria da QV. O enfermeiro deve atuar no sentido de instituir intervenções que promovam a autogestão, autonomia e independência no sentido da satisfação das necessidades, sentidas ou expressas pelos doentes.

Assim, compete ao enfermeiro a recolha de informação pormenorizada, a colaboração na elaboração de um plano alimentar individualizado, bem como obter informação, tendo em vista a preparação da alta clínica. Importa ainda referir a extrema necessidade de ensino ao utente/família sobre os hábitos alimentares a adotar após a intervenção cirúrgica. A identificação das necessidades de autocuidado, o nível de competência para o autocuidado e a estimulação do doente para a autogestão e a implementação de intervenções no âmbito da componente alimentar, integrando o utente e a família no processo de prestação de cuidados, constituíram outras das conclusões do estudo (Paiva *et al.*, 2011).

Por seu lado, Chaves (2012) realizou um estudo analítico retrospectivo, tendo como fonte os processos clínicos de doentes submetidos a gastrectomia nos anos de 2010 e 2011, com o objetivo de caracterizar o estado nutricional do doente com cancro gástrico, no perioperatório da gastrectomia, com o intuito de integrar o apoio nutricional precoce no seu percurso clínico e de avaliar a evolução ponderal durante o internamento hospitalar.

A autora verificou que, em média, os doentes perderam 7,4kg no perioperatório, sendo que cerca de 30,0% teve uma perda de peso superior a 10% no pré-operatório e, 45,7% apresentaram uma perda de peso superior a 5% no internamento. O rastreio nutricional foi realizado a apenas 7,7% dos doentes com recurso à *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) e só 61,5% dos doentes identificados com risco de desnutrição médio ou elevado tiveram consulta de nutrição pré-operatória. 94,3% dos doentes receberam orientações alimentares no momento da alta e 86,6% tiveram consulta de nutrição pós-alta. O presente estudo demonstrou que, os doentes com cancro gástrico submetidos a gastrectomia, têm necessidade de ter um acompanhamento nutricional em todo o seu percurso, pois, como é possível identificar através dos resultados obtidos, os doentes submetidos as gastrectomias apresentaram perdas de peso significativas no perioperatório. Desta forma, o autor concluiu que é necessário implementar o rastreio nutricional no momento da admissão à instituição, de forma a identificar todos os doentes em risco nutricional permitindo uma intervenção atempada. Acrescenta ainda que todos os doentes necessitam de ensino alimentar aquando da alta hospitalar e de seguimento após a mesma (Chaves, 2012).

Já a investigação desenvolvida por Davoodi *et al.* (2015), no Irão, teve como objetivo analisar a eficácia de um breve programa de educação de autocuidado para melhorar a QV dos doentes com cancro gástrico após gastrectomia. Foi um ensaio clínico randomizado, no qual um grupo de intervenção participou num programa breve de educação de autocuidado e outro grupo foi submetido aos cuidados habituais. O programa de educação foi projetado para atender aos desafios comuns dos doentes após gastrectomia, ajudá-los a desenvolver uma melhor compreensão da doença e a aprenderem estratégias para gerir a sua condição após a alta. O conteúdo do programa incluiu a educação sobre a síndrome de *dumping*, a nutrição, a atividade física e o apoio psicossocial.

Como resultados, é de destacar que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em nenhuma das sub-escalas utilizadas para avaliar a qualidade de vida (QLQ-C30 e QLQ-STO22). Contudo, existiram algumas diferenças dentro dos grupos, em relação aos resultados antes da gastrectomia e após a gastrectomia. Na reavaliação (após a gastrectomia), os participantes do grupo de intervenção mostraram

melhorias significativas na escala de saúde global, na experiência da dor, na obstipação e na experiência de disfagia comparativamente com a avaliação efetuada antes da cirurgia. No grupo de cuidados habituais, existiu uma melhoria do apetite e na capacidade funcional para desempenhar as suas tarefas/funções, na avaliação realizada após a cirurgia comparativamente ao período de pré-intervenção. Embora no grupo de intervenção também se tenha verificado uma melhoria nestes dois itens, a diferença não foi significativa (Davoodi *et al.*, 2015).

Em síntese, neste estudo, os autores não conseguiram demonstrar efeitos, estatisticamente significativos, de um programa de educação de autocuidado, ou seja, o programa de educação de autocuidado breve não foi suficiente para melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes com cancro gástrico após gastrectomia (Davoodi *et al.*, 2015).

Um outro estudo, avaliou o impacto do suporte nutricional perioperatório nos doentes submetidos a cirurgia de ressecção por adenocarcinoma gástrico, do ponto de vista nutricional e a sua associação com morbimortalidade e custos hospitalares. O estudo foi retrospectivo, tipo caso controlo, do qual fizeram parte um grupo de controlo e um grupo de intervenção. O grupo de intervenção recebeu suporte nutricional desde o pré-operatório, enquanto o grupo de controlo recebeu apenas no pós-operatório (Ruivo *et al.*, 2015).

Os resultados deste estudo evidenciam que se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre a morbidade dos doentes com suporte nutricional precoce e os que o receberam apenas no pós-operatório. Desta forma, foi capaz de confirmar o forte impacto do suporte nutricional precoce sobre o tempo de internamento, percentagem de perda de peso e morbimortalidade hospitalar, pois o suporte nutricional precoce reduziu a ocorrência de complicações cirúrgicas e permitiu uma redução em cerca de 30% dos custos hospitalares. Assim, uma avaliação nutricional atempada, promoverá um suporte nutricional mais equilibrado e adequado que na maioria dos casos, contribui para uma evolução clínica mais favorável. A suplementação nutricional está indicada para a satisfação das necessidades nutricionais dos doentes que não conseguem alcançar as suas necessidades proteicas e energéticas, unicamente através da sua alimentação habitual (Ruivo *et al.*, 2015).

No quadro seguinte (Quadro 8), apresenta-se as intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, resultante da RIL efetuada.

Quadro 8 - Intervenções de enfermagem resultantes da RIL

Título do estudo Autores	Intervenções de enfermagem
Gastrointestinal cancer: developing an information booklet for patients Nicklin et al. (2009)	- Informação ao doente sobre: - Procedimento operatório da gastrectomia; - Comer e beber - deglutição, apetite e refeições; - Possíveis problemas/sintomas após a cirurgia: síndrome de <i>dumping</i> , refluxo e diarreia; - Estilo de vida após a cirurgia - comer fora/lugares públicos, efeitos psicológicos; - Alimentação saudável - sugestões de alimentos e receitas; - A retoma da dieta normal. - Utilização de folheto/panfleto.
Doentes com câncer gástrico submetidos à gastrectomia: uma revisão integrativa Mello. et al. (2010)	- Avaliação do estado nutricional; - Utilização de panfleto/folheto; - Identificação do perfil do doente (avaliação de cada doente e sua família), para identificar precocemente os fatores de risco e as possíveis intercorrências que poderão ocorrer; - Explicação e orientação (doentes e familiares) sobre a gestão nutricional de forma a esclarecer a fisiopatologia nutricional, bem como a escolha e o método de preparação dos alimentos.
Utentes com gastrectomia por carcinoma gástrico: nutrição <i>versus</i> qualidade de vida – Revisão sistemática de literatura Paiva et al. (2011)	-Recolha de informação pormenorizada (obter informação, tendo em vista a preparação da alta clínica); - Colaboração na elaboração de um plano alimentar individualizado; - Ensino ao utente/família sobre os hábitos alimentares a adoptar após a intervenção cirúrgica; - Identificação das necessidades de autocuidado (do utente e da família), nível de competência para o autocuidado e estimular o doente para a autogestão; - Implementação de intervenções no âmbito da componente alimentar, integrando o utente e a família no processo de prestação de cuidados.
Caraterização do estado nutricional, no perioperatório, dos doentes com cancro gástrico submetidos a gastrectomia Chaves (2012)	- Acompanhamento nutricional em todo o seu percurso clínico; - Implementação do rastreio nutricional no momento da admissão à instituição; - Educação/ensino alimentar aquando a alta hospitalar e seguimento após a mesma.
Effects of a self-care education program on quality of life of patients with gastric cancer after gastrectomy Davoodi, et al. (2015)	- Implementação de um programa de educação que ajude os doentes a desenvolverem uma melhor compreensão da doença e a aprenderem estratégias para gerir a sua condição após a alta. <u>O programa deve incluir a educação sobre:</u> - Síndrome de <i>dumping</i> ; - Nutrição; - Atividade física; - Apoio psicossocial. <u>Implementação do programa:</u> - Realização de uma sessão de educação, de preferência com envolvimento da família e fornecimento de um folheto com a mesma informação transmitida na sessão. - Realização de uma chamada telefónica de follow-up 2 semanas após a alta.
Impacto do suporte nutricional precoce	- Avaliação do estado nutricional;

Título do estudo Autores	Intervenções de enfermagem
<p>na morbimortalidade em doentes submetidos a cirurgia de resseção por adenocarcinoma gástrico</p> <p>Ruivo et al. (2015)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte nutricional precoce; - Suplementação nutricional para a satisfação das necessidades nutricionais dos doentes que não conseguem alcançar as suas necessidades proteicas e energéticas através da sua alimentação habitual.
<p>Enfermagem Médico-Cirúrgica (Sands, 2010)</p> <p>(Capítulo: Problemas de estômago e duodeno)</p> <p>Cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico (Smith, 2008)</p> <p>(Capítulo: Cirurgia gastrointestinal)</p>	<p><u>Período Pré-Operatório</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação do conhecimento do doente sobre as rotinas pré-operatórias e pós-operatórias; - Avaliação do conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia; - Explicação ao doente da rotina pré e pós-operatória: possibilidade de medicação pré-operatória, colocação da SNG, necessidades de líquidos E.V, necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório; - Realização de uma avaliação inicial: colheita de dados sobre a história dietética do doente: <ul style="list-style-type: none"> - O doente perdeu peso? - Se perdeu, quanto e em quanto tempo? - Doente tolera uma dieta completa? - Se não, quais alimentos que ele tem comido? - Que outras mudanças nos hábitos alimentares ocorreram? - O doente tem apetite? - O doente tem náuseas e vômitos? - O doente tem hematemes? - O doente está com dor? - Os alimentos/medicamentos aliviam a dor, não fazem diferença ou pioram-na? <ul style="list-style-type: none"> - Existe história de infeção por <i>helicobacter pylori</i>? - Quais os alimentos preferidos e não preferidos? - Restrições alimentares religiosas ou outras? - Intolerância alimentar? - Colheita de outros dados do doente: <ul style="list-style-type: none"> - História de fumo e de álcool, assim como história familiar de cancro gástrico ou outro tipo de cancro; - Avaliação psicossocial, incluindo questões sobre apoio social, capacidade individual e familiar de lidar com a situação e recursos financeiros; - Avaliação do estado nutricional no pré-operatório; - Cuidado nutricional suplementar (de acordo com a avaliação nutricional); - Avaliação do peso e altura do doente. <p><u>Período Pós-Operatório</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de higiene oral até ser possível reintroduzir os líquidos por via oral; - Avaliação de complicações secundárias à intervenção cirúrgica, como distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional; - Avaliação das condições do doente para iniciar líquidos (após o retorno dos sons intestinais e remoção da SNG); - Vigilância dos sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral; - Avaliação da tolerância à dieta oferecida. Se o doente tolerar introduzir alimentos em pequenas porções gradualmente:

Título do estudo Autores	Intervenções de enfermagem
<p>Cirúrgica (Sands, 2010)</p> <p>(Capítulo: Problemas de estômago e duodeno)</p> <p>Cuidados de enfermagem ao doente cirúrgico (Smith, 2008)</p> <p>(Capítulo: Cirurgia gastrointestinal)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A quantidade de alimentos é gradualmente aumentada até o doente ser capaz de realizar seis refeições pequenas por dia e beber cerca de 120 ml de líquido entre as refeições (reconhecer que cada pessoa tem uma tolerância diferente); - Se sinais de saciedade precoce e regurgitação, orientar para comer menos quantidade de alimentos e mais lentamente; - Se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais, ponderar nutrição parenteral; - Vigilância do peso; - Se o doente foi submetido a uma gastrectomia total é necessário a administração de vitamina B₁₂, via parenteral indefinidamente; - Os suplementos alimentares podem ser necessários (depende do resultado da avaliação do estado nutricional) e devem ser ricos em calorias, assim como vitaminas A e C e ferro. <p><u>Promover o autocuidado ao doente e cuidado domiciliar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da capacidade do doente para participar no seu autocuidado; - Educação para as possíveis mudanças de estilo de vida; - Educação para posicionar-se em semi-fowler durante as refeições; - Educação para após a refeição, deitar-se, de preferência para o lado esquerdo, por 20 a 30 minutos para retardar o esvaziamento gástrico; - Educação para tomar líquidos até 1 hora antes ou 1 hora depois das refeições, evitando tomá-los na hora das refeições; - Explicação de como prevenir e tratar as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia, aquando do reinício da alimentação, nomeadamente a Síndrome de <i>dumping</i> (principal complicação digestiva): <ul style="list-style-type: none"> - Seis pequenas refeições, diariamente, que sejam pobres em carboidratos; - Evitar sacarose e glicose; - A gordura pode ser dada conforme tolerada; - Líquidos entre as refeições; - As refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos; - Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos de cada refeição, de acordo com a sua tolerância; - Comer lentamente e mastigar bem os alimentos; - Explicação sobre o desaparecimento dos sintomas após alguns meses; - Explicação sobre o atraso no esvaziamento gástrico, se toma de antiespasmódicos; - Orientação/solicitação da colaboração da nutricionista, para determinar como as necessidades nutricionais do doente podem ser atendidas da melhor forma no domicílio; - Vigilância do peso regularmente (ex. semanalmente); - Ensino sobre o reconhecimento dos sinais e sintomas das complicações que requerem atenção médica ou qualquer sintoma que se agrave p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...); - Fornecimento de instruções por escrito sobre as refeições, sobre como detetar e evitar as complicações relacionadas à alimentação, entre outros aspetos.

A descrição sumária dos resultados obtidos, feita anteriormente, assim como no Quadro 8, dá uma visão das intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico dando assim resposta à questão de investigação. Os resultados obtidos revelam que a temática em análise tem sido uma preocupação de vários investigadores de áreas diferenciadas, nomeadamente enfermeiros, nutricionistas, cirurgiões, professores de enfermagem, entre outros. Contudo, aquando da pesquisa nas bases de dados, encontrou-se diversos artigos relacionados com a alimentação/sintomas digestivos pós-gastrectomia, mas que analisavam o momento mais indicado/adequado para a reintrodução da alimentação, mais precoce ou mais tardiamente. Já outros abordavam as complicações pós-operatórias, mas não concretizavam as intervenções de enfermagem.

Embora os estudados incluídos nesta RIL tivessem naturezas/objetivos distintos, foi possível constatar a existência de dados/resultados importantes e similares que se procurou confrontar e complementar entre si, no sentido de efetuar um retrato das intervenções de enfermagem para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos. Pode-se constatar que existem vários aspetos que os autores dão especial atenção no cuidar dos doentes pós-cirurgia ao cancro gástrico, no que se refere à componente da alimentação/sintomas digestivos.

Neste sentido, realça-se as intervenções de enfermagem no domínio da melhoria do conhecimento sobre o doente, sendo crucial a realização de uma avaliação inicial de forma a identificar as competências/recursos do doente e, simultaneamente, contribuir para a consciencialização do doente sobre a situação (Smith, 2008; Mello *et al.*, 2010; Sands, 2010; Paiva *et al.*, 2011). Como por exemplo: “determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia”; “determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatório”; “identificar o *status* gastrointestinal antes da cirurgia (história dietética do doente)”; e “identificar as capacidades/competências individual e familiar para o autocuidado e autogestão da situação”.

Outra área de intervenção do enfermeiro, que se evidencia neste domínio, corresponde à avaliação/rastreamento do estado nutricional do doente no pré-operatório/admissão, sendo referido por Chaves *et al.* (2012), Mello *et al.* (2010), Ruivo *et al.* (2015), Sands (2010) e Smith (2008). Isto, uma vez que os doentes hospitalizados devem ser rastreados quanto ao risco nutricional, sendo que a identificação precoce com uma ferramenta de triagem fiável para a avaliação do estado nutricional é essencial para uma gestão nutricional bem-sucedida, considerando que estar nutricionalmente “em risco” aumenta a mortalidade hospitalar, tempo

de internamento e custos (Aeberhard *et al.*, 2016; Khalatbari-Soltani, & Marques-Vidal, 2016). As intervenções de enfermagem no âmbito do cuidado nutricional irão promover uma melhor gestão do regime dietético, contribuindo para a otimização da assistência em saúde, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica.

Pelos resultados obtidos na RIL infere-se que as intervenções no domínio da capacitação para a autogestão, tais como “explicar ao doente os procedimentos pré e pós-operatórios”, “educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (síndrome de *dumping*)”, destacam-se por contribuírem para a *empowerment* do doente para a autogestão da sua condição de saúde, na medida que levam ao envolvimento, participação no autocuidado, à aquisição de conhecimentos sobre a doença, tratamento e o desenvolvimento de habilidades para a gestão dos seus cuidados, condições fundamentais e facilitadoras para que o doente possa, efetivamente, autogerir a sua condição de saúde (Balduino *et al.*, 2016).

Igualmente, nesta RIL, evidenciam-se as intervenções de enfermagem do domínio da monitorização fisiológica, como por exemplo: “avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos”; e “avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica”. Isto com o objetivo de detetar, prevenir e atuar precocemente perante possíveis complicações que podem surgir no pós-operatório. Neste sentido, o estudo realizado por Laffitte *et al.* (2015), levou à conclusão de que a realimentação precoce no pós-operatório de gastrectomia total e parcial foi bem tolerada pelos doentes e que a alimentação precoce (até 48 h) pode ser benéfica, por diminuir as complicações infecciosas e o tempo de estadia hospitalar. Por seu lado, a investigação desenvolvida por Andreollo *et al.* (2011) evidenciou que os doentes submetidos a gastrectomia total podem desenvolver complicações gerais e locais, pelo que as complicações pós-operatórias inerentes à gastrectomia total requerem, para além dos cuidados no controle das infeções das vias aéreas, cuidados nutricionais, diminuindo a mortalidade e contribuindo para a qualidade de vida dos doentes, considerando assim a monitorização fisiológica durante o período pós-operatório determinante.

Também as intervenções no domínio da satisfação das necessidades alimentares destacam-se nos resultados obtidos nesta RIL, tais como: “aprontar um plano alimentar individualizado” e “administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais)”.

No sentido de preparar o doente para o regresso a casa, salienta-se as intervenções de enfermagem do domínio de educação para a saúde para a autogestão da alimentação, nomeadamente: “ensinar o doente a realizar a sua gestão nutricional” e “ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida”. Ainda, neste domínio, verificou-se que, em alguns dos estudos incluídos nesta RIL, os autores dão ênfase ao suporte educativo disponibilizado ao doente, nomeadamente panfletos/folhetos, como meio para melhorar o conhecimento e a satisfação dos doentes e induzir a adesão ao tratamento, ao regime dietético, estilos de vida adequados, entre outros (Nascimento *et al.*, 2015; Sustersic *et al.* 2016), sendo considerado um recurso útil para os doentes e seus cuidadores, ajudando a se adaptarem às suas novas circunstâncias. Davoodi *et al.* (2015), Mello *et al.* (2010), Nicklin *et al.* (2009) e Sands (2010) são unânimes em considerar que os folhetos/panfletos informativos devem conter informação sobre os possíveis problemas/sintomas que podem surgir após a cirurgia, nomeadamente a síndrome de *dumping*, existindo unanimidade que esta é a principal disfunção digestiva. Rivera *et al.* (2007), no estudo que desenvolveram, identificaram que a incidência desta síndrome foi de 45% e que, 53% dos doentes, com esvaziamento gástrico rápido, melhoraram com a gestão dietética adequada.

Assim, da análise efetuada aos resultados obtidos com a revisão de literatura, organizou-se as intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, em dois momentos distintos: período pré-operatório e período pós-operatório. O pós-operatório inclui as intervenções a serem implementadas no período pós imediato/mediato e as intervenções inerentes à preparação do doente para o regresso a casa, garantindo a continuidade dos cuidados. Em cada um dos momentos organizou-se as intervenções de enfermagem em domínios, de acordo com a natureza das mesmas: melhoria do conhecimento sobre o doente; capacitação para a autogestão; monitorização fisiológica; satisfação das necessidades alimentares e educação para a saúde (Quadro 9).

Quadro 9 - Síntese das intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pré-operatório	Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório	
	Pós-operatório imediato/mediato	Preparação para o regresso a casa
<p>Intervenções do domínio da melhoria do conhecimento sobre o doente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia. - Determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatório. - Identificar o <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia (história dietética do doente): <ul style="list-style-type: none"> -Que mudanças ocorreram nos hábitos alimentares (apetite, náuseas e vômitos, dor...)? -Doente tolera uma dieta completa (intolerância alimentar)? Se não, quais os alimentos que ingere? -Quais os alimentos preferidos e não preferidos (restrições alimentares religiosas ou outras)? -O doente perdeu peso? -Se perdeu, quanto e em quanto tempo? - Identificar história de tabagismo ou alcoolismo. -Identificar as capacidades/competências individual e 	<p>Intervenções do domínio da monitorização fisiológica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (p. ex.: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional). - Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos. - Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida; - Vigiar sinais de saciedade precoce e regurgitação (se ocorrer, orientar para comer menos quantidade de alimentos e mais lentamente). - Vigiar sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral. - Vigiar peso. - Promover cuidados de higiene oral. <p>Intervenções do domínio da satisfação das necessidades alimentares</p>	<p>Intervenções do domínio de educação para a saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reavaliar a capacidade do doente para participar no seu autocuidado/autogestão. - Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de <i>dumping</i>...). - Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematemeses...). - Informar o doente que os sintomas tendem a desaparecer após alguns meses. - Ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida: comer fora/lugares públicos, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho. - Ensinar o doente a realizar a sua gestão nutricional: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos; - Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos em cada refeição, de acordo com a sua tolerância; - Evitar os líquidos na hora das refeições (podem ser ingeridos até 1 hora antes ou depois); - Orientar sobre os métodos de preparação e cozedura dos alimentos; - Orientar para evitar a sacarose e glicose e que a gordura pode ser dada conforme tolerada;

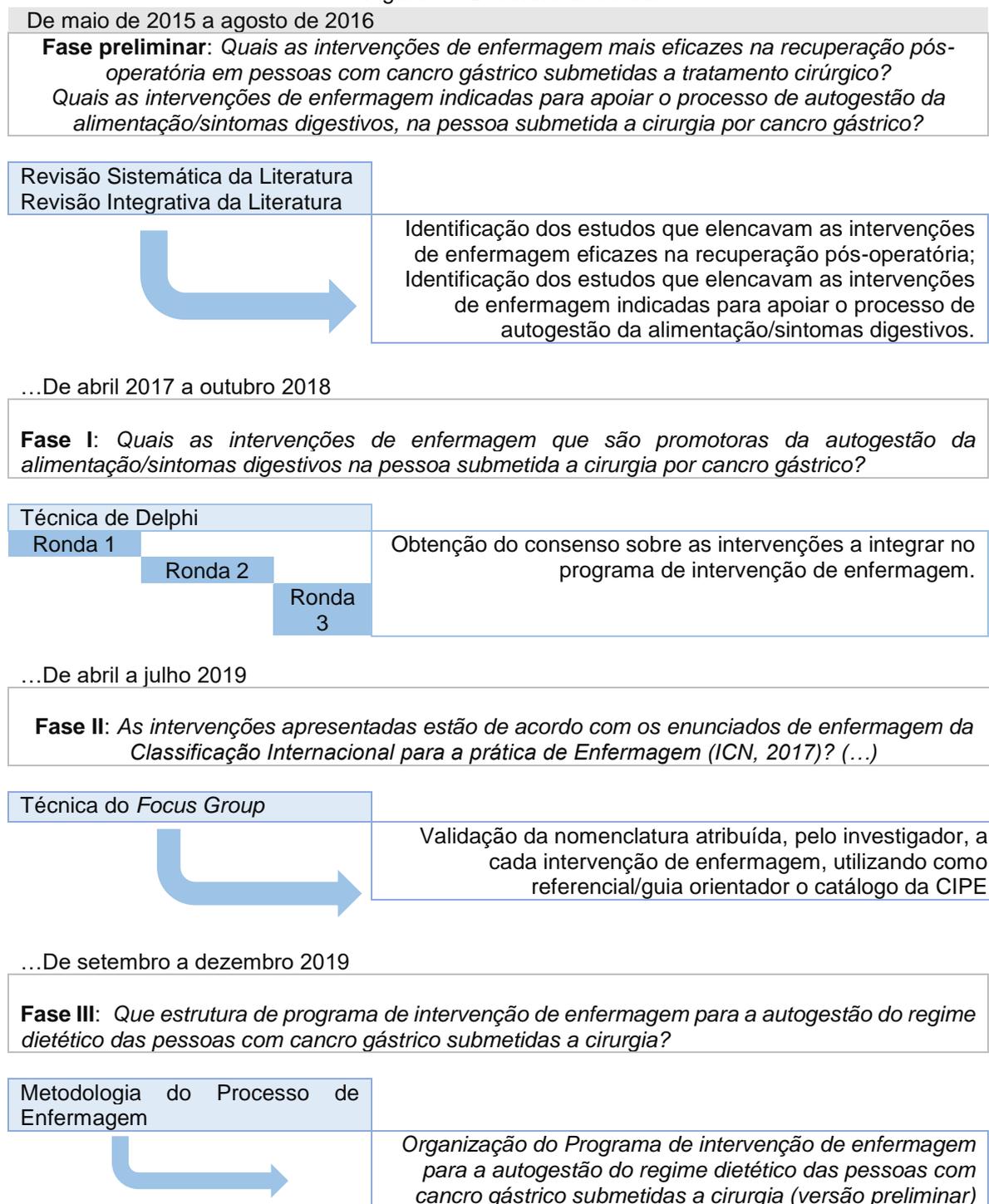
Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pré-operatório	Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório	
	Pós-operatório imediato/mediato	Preparação para o regresso a casa
<p>familiar para o autocuidado e autogestão da situação.</p> <p>-Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e apoio social.</p> <p>- Avaliar peso e altura do doente.</p> <p>- Avaliar/Rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão.</p> <p>- Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar.</p> <p>Intervenções do domínio da capacitação para a autogestão</p> <p>-Explicar ao doente os procedimentos pré e pós-operatórios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ a colocação da SNG, ➤ a necessidades de líquidos E.V, ➤ a necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório, ➤ retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições). 	<p>- Iniciar a introdução dos alimentos em pequenas porções gradualmente.</p> <p>- Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos (de acordo com a tolerância).</p> <p>- Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia.</p> <p>- Aprontar um plano alimentar individualizado (elaborado em complementaridade).</p> <p>- Administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais).</p> <p>-Administrar vitamina B₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total).</p>	<p>- Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos;</p> <p>- Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos;</p> <p>- Orientar que os antiespasmódicos, também podem ajudar no atraso do esvaziamento gástrico.</p> <p>- Ensinar o doente a posicionar-se em semi-fowler durante as refeições.</p> <p>- Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 min. (retarda o esvaziamento gástrico).</p> <p>- Orientar/solicitar a colaboração da nutricionista aquando a alta.</p> <p>- Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar.</p> <p>- Educar o doente para monitorizar o peso regularmente (p. ex.: semanalmente).</p> <p>- Providenciar instruções por escrito (folheto, panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas à alimentação, entre outros aspetos.</p>

Concluindo, importa salientar que esta RIL permitiu obtermos uma visão das intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, dando resposta à questão de investigação e atingindo os objetivos pré-definidos. A efetivação desta RIL proporcionou o conhecimento, a evidência científica a incluir na proposta de programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/ sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. Assim, terminada a exposição deste capítulo, parte-se para o capítulo seguinte, no qual se apresenta as diferentes fases do percurso metodológico, no sentido da concretização do objetivo geral já referido.

Capítulo II - Percurso metodológico do estudo

Inicia-se este capítulo com a apresentação do desenho do estudo, cuja representação esquemática é apresentada na figura seguinte (Figura 5). Para o desenho do estudo, teve-se em conta a problemática em questão, assim como o estado atual do conhecimento em torno da mesma, o qual foi conseguido através das revisões de literatura realizadas.

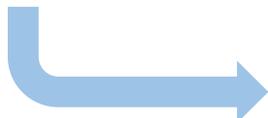
Figura 5 – Desenho do estudo



...De janeiro – setembro 2020

Fase IV: Qual a opinião do doente sobre o programa de intervenção para a autogestão do regime dietético em termos da compreensão do conteúdo, objetividade, estrutura, organização e exequibilidade?

Entrevista



Obtenção da perspetiva dos doentes com cancro gástrico submetidas a cirurgia em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético.

Como é possível constatar na Figura 5, em cada uma das fases foram utilizadas diferentes metodologias. Nos capítulos seguintes apresenta-se, de forma concreta, o desenvolvimento de cada uma das fases da investigação.

1. Fase I – Reunindo o consenso sobre as intervenções de enfermagem: Técnica de *Delphi*

Nas cirurgias às pessoas com cancro gástrico, uma multiplicidade de fatores interage e contribui para alterações ao nível da componente alimentar (entre outras), pois a retirada total ou parcial do estômago resulta em consequências nutricionais inevitáveis. Apesar de estarem descritas intervenções de enfermagem a adotar nos períodos pré e pós-operatório destas cirurgias, desconhece-se qualquer programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão, quer da doença e suas alterações fisiológicas, quer dos sintomas, dirigido especificamente à pessoa com cancro gástrico submetido a tratamento cirúrgico. Assim, tendo por base as revisões da literatura realizadas, e, não obstante, a relevância da informação evidenciada, considerou-se pertinente realizar um estudo de consensos com peritos na área.

Neste sentido, recorreu-se à técnica de *Delphi*, técnica esta que, na perspetiva de Chalmers e Armour (2019, p. 716) "(...) is a method of gaining consensus on a particular topic through the use of rounds of questioning of experts in the field".

Este capítulo narra esta importante etapa do estudo, que se refere à aplicação da técnica de *Delphi*, a qual possibilitou o trabalho do grupo, composto por profissionais peritos na área onde o estudo foi desenvolvido e em que cada um, individualmente, respondeu às questões colocadas através de um questionário, obtendo-se, assim, uma sinergia de conhecimentos e experiências, de modo a encontrar o consenso e ampliar a validade do estudo. As respostas foram analisadas pelo investigador que produziu um relatório síntese. Na sequência deste, os

membros do grupo tiveram acesso ao relatório para que os resultados fossem considerados. Na 2ª ronda de aplicação dos questionários os peritos tiveram a possibilidade de rever a sua posição. Tal como defendem alguns autores, este processo continuou até que os participantes chegassem a um consenso (Wright & Giovinazzo, 2000; Portney & Watkins, 2009; Fortin e Fillion 2009; Polit & Beck, 2017; Chalmers & Armour, 2019). Uma das grandes vantagens da utilização deste método foi permitir o desenvolvimento de um programa, com o contributo de peritos que não se conheciam, de diferentes locais geográficos, sem que estes tivessem de se deslocar e apresentar a sua posição uns aos outros (Wright & Giovinazzo, 2000; Portney & Watkins, 2009; Polit & Beck, 2017; Chalmers & Armour, 2019).

Assim, com recurso ao painel de peritos procurou-se responder à questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem que são promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico?

Para a seleção dos peritos definiu-se como critérios de inclusão/seleção:

- Ser profissional de Enfermagem a desempenhar funções em unidades de cirurgia gástrica do Serviço Nacional de Saúde e dos Serviços Regionais de Saúde dos Açores e da Madeira, há 5 ou mais anos;
- Investigadores e docentes da área de enfermagem com experiência de 5 ou mais anos na lecionação teórica e/ou clínica das temáticas relacionadas com o doente com cancro gástrico submetido a intervenção cirúrgica;
- Enfermeiros e docentes de enfermagem indicados pelos pares/hierarquia como peritos na área.

A seleção da amostra foi não aleatória, uma vez que o interesse foi selecionar “experts” na temática em estudo e tendo por base os critérios de inclusão definidos. Assim, o recrutamento de profissionais de enfermagem que integraram o nosso painel, por um lado foi facilitado pelo facto de possuímos, desde há alguns anos, interesse por esta área e pelo facto de acompanharmos estudantes em ensinamentos clínicos, tanto do Curso de Licenciatura em Enfermagem como do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em diferentes instituições relacionadas com o doente oncológico, o que facilitou o acesso ao primeiro perito. Deu-se, assim, início ao processo de indicação de peritos a nível da Região Autónoma da Madeira e da Região Autónoma dos Açores. Da identificação do primeiro perito, profissional chave na instituição, seguiu-se a indicação de outro perito e assim sucessivamente, obtendo-se uma amostragem de tipo “bola-de-neve”.

No sentido de incluir Enfermeiros peritos do continente português e reconhecendo o trabalho desempenhado por diversas instituições e organizações, nomeadamente o IPO de Lisboa, o IPO de Coimbra e a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), através do grupo AEOP Digestivos, contactou-se as respetivas Enfermeiras Diretoras e presidente deste último grupo, tendo-se iniciado o processo de indicação de outros peritos a nível nacional, considerando os critérios de inclusão, previamente definidos. Após a sinalização procedeu-se a um convite individual, por email, de todos os peritos, tal como recomendam Scarparo et al. (2012) e Chalmers e Armour (2019).

Ainda antes da operacionalização da fase I do estudo – Técnica de Delphi, definiu-se os critérios de consenso, a serem aplicados nas rondas a realizar. Embora os critérios de consenso possam ser definidos pelo investigador, considerou-se o trabalho desenvolvido por Sousa (2006) aquando da utilização desta mesma técnica.

Assim, foi considerada a existência de consenso para a inclusão ou para a exclusão de cada intervenção, se se verificassem as condições, em simultâneo, apresentadas no quadro seguinte.

Quadro 10 - Critérios de consenso nas rondas da Técnica de *Delphi*

Definição dos critérios de consenso (critérios de inclusão)	Definição dos critérios de consenso (critérios de exclusão)
Mais de 75% dos peritos respondem de forma positiva, ou seja, quando os enunciados propostos nos questionários são considerados pelos peritos participantes como válidos/adequados para o tema em estudo.	Mais de 75% dos peritos respondem de forma negativa, ou seja, quando os enunciados propostos nos questionários são considerados pelos peritos participantes como não válidos/adequados para o tema em estudo.
Consideram-se as respostas positivas aquelas que se encontram entre scores de 4 e 5, numa Escala de <i>Likert</i> (scores de 1 a 5).	Consideram-se as respostas negativas aquelas que se encontram entre scores de 1 e 2 numa Escala de <i>Likert</i> (scores de 1 a 5).
Mediana igual ou superior a 4	Mediana igual ou inferior a 2
Não existência de comentários dos peritos que indiquem ambiguidade ou dificuldade na compreensão das questões.	
Critério de sem consenso - Todas as outras respostas	

A definição dos critérios de análise da mediana teve em consideração a utilização da escala de *Likert* (scores 1 a 5), referida no Quadro 10, tendo os mesmos sido agrupados em função dos seguintes critérios:

- ✓ Os scores de 4 e 5 foram agrupados para inclusão da intervenção;
- ✓ O score de 3 foi considerado como ausência de opinião (indeciso), ou seja, critério sem consenso;
- ✓ Os scores 1 e 2 foram agrupados para exclusão da intervenção.

De forma a tornar os resultados mais objetivos, caracterizou-se o tipo de consenso obtido em níveis de consenso, relativamente a critérios de inclusão e exclusão. Estes níveis foram definidos como consenso perfeito, elevado e moderado, para cada um dos critérios previamente definidos, sempre que se verificaram, em simultâneo, a maioria das condições apresentadas no quadro que se segue (Quadro 11).

Quadro 11- Níveis de consenso nas rondas da Técnica de *Delphi*

Consenso	Nível de consenso	Definição
Critérios de inclusão	Consenso perfeito	Todos os participantes concordam completamente (concordo muito – score 5) com a questão
	Consenso elevado	Consenso: critérios de inclusão (Quadro 10) Média ≥ 4 Mediana > 4 Moda = 5 Desvio padrão $< 15\%$ da média Valor máximo = 5 Valor mínimo ≥ 3 Amplitude interquartilica ≤ 1
	Consenso moderado	Consenso: critérios de inclusão (Quadro 10) $3 \leq$ Média < 4 $3 <$ Mediana ≤ 4 Moda = 4 Desvio padrão $\geq 15\%$ da média Valor máximo = 5 Valor mínimo ≥ 3 $1 <$ Amplitude interquartilica ≤ 2
Critérios de exclusão	Consenso perfeito	Todos os participantes discordam completamente (discordo muito – score 1) com a questão
	Consenso elevado	Consenso: critérios de exclusão (Quadro 10) Média < 2 Mediana ≤ 2 Moda = 1 Desvio padrão $< 15\%$ da média Valor máximo = 5 Valor mínimo ≥ 1 Amplitude interquartilica ≤ 1
	Consenso moderado	Consenso: critérios de exclusão (Quadro 10) $2 \leq$ Média < 3 $2 <$ Mediana ≤ 3 Moda = 2 Desvio padrão $\geq 15\%$ da média Valor máximo = 5 Valor mínimo ≥ 1 $1 <$ Amplitude interquartilica ≤ 2

Para a operacionalização da técnica de *Delphi*, também se teve em atenção os aspetos éticos. Assim, assegurou-se o cumprimento do direito à informação, ao consentimento informado, livre e esclarecido, à privacidade, à confidencialidade dos dados e à autonomia, respeitando a escolha da pessoa relativamente ao seu envolvimento no estudo. No sentido de respeitar os princípios referidos, no primeiro contacto realizado com cada um dos peritos, através de

email, (Apêndice V- Email enviado aos participantes a solicitar a participação no estudo) redigiu-se um texto onde, de forma sucinta, se apresentou a identificação (nome, situação atual - estudante do doutoramento, instituição onde estava a desenvolver o estudo), o título do estudo, a solicitação da participação no mesmo como perito, a informação da pessoa que o indicara e fornecera o contacto (sempre que aplicável) e o *link* para ter acesso à carta de informação ao participante e o consentimento informado (https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeqojWncjWrUO9eRweVklG2wfTXPNBFm6t-QKoyE42EImGpPA/viewform?usp=sf_link).

Após clicar no *link*, os peritos tiveram acesso ao resumo do estudo, com a clarificação do pretendido com a sua participação e, no final, solicitou-se que os peritos dessem o seu consentimento livre e esclarecido, assinando, quando se sentissem esclarecidos e aceitassem participar no estudo (Apêndice VI - Carta de informação ao Participante e Consentimento informado), de modo a iniciar a técnica *Delphi*.

Só após a submissão da declaração de consentimento, os participantes tiveram acesso ao questionário para preenchimento. Também, assegurou-se a participação voluntária, salvaguardando o direito à recusa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, o que está explícito no termo de consentimento referido. No sentido de garantir a privacidade e a confidencialidade dos dados, os nomes dos participantes não ficaram associados às respostas aos questionários, sendo os sujeitos identificados por número.

Passa-se, então, a descrever cada uma das três rondas e os resultados obtidos em cada uma delas.

Da evidência científica à obtenção do consenso das intervenções de enfermagem: 1ª Ronda de *Delphi*

Nesta primeira fase teve-se como objetivos: conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às intervenções de enfermagem (53), considerando que estas devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia, por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, previamente identificadas na revisão da literatura; e saber se, de acordo com a opinião, conhecimento e experiência dos peritos, existia necessidade de incluir outras intervenções de enfermagem, não propostas anteriormente.

Amostra

Em relação ao número de participantes, não há uma matriz pré-definida para proporcionar a representatividade, uma vez que o sucesso da aplicação da técnica está relacionado com a qualificação dos participantes (Chalmers & Armour, 2019; Scarparo *et al.*, 2012; Wright & Giovinazzo, 2000). Contudo, a literatura é explícita no que se refere à dificuldade em identificar e recrutar peritos em determinado tema. Embora o número de participantes não seja um fator preponderante para a operacionalização da técnica de *Delphi*, os autores supracitados alertam que o investigador deve estar atento ao nível de abstenção documentado na literatura, pois há relatos que revelam que se espera um índice de abstenção de 30 a 50% na primeira ronda de aplicação dos questionários e, nas rondas subsequentes, de 20 a 30%.

Assim, no presente estudo, enviou-se convites de colaboração a 72 pessoas, enfermeiros, docentes de enfermagem e representantes da Associação de Enfermagem Oncológica (AEOP). 50 peritos aceitaram colaborar, submetendo o termo de consentimento livre e esclarecido, resultando numa taxa de adesão de 69,5%. Contudo, na primeira ronda, somente 43 peritos responderam ao questionário, o que, em termos percentuais, significa que se obteve uma taxa de resposta de cerca de 60% e de abstenção de cerca de 40%, em relação ao número total de convites enviados (72). Estes resultados estão de acordo com a evidência (Chalmers & Armour, 2019; Scarparo *et al.* 2012; Wright & Giovinazzo, 2000).

Instrumento de colheita de dados

Embora fosse possível recorrer a um questionário aberto na primeira ronda da técnica *Delphi* (Chalmers & Armour, 2019; Hsu & Sandford, 2007), optou-se por um questionário constituído por duas partes: uma primeira parte onde foi solicitada uma breve caracterização dos peritos participantes no estudo; e, uma segunda parte, em que foi solicitado o nível de concordância face às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia, por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos.

Elaborou-se o questionário, utilizando a ferramenta de criação de formulários disponível no Google Documents® (Google Forms), a qual permite o levantamento de dados e opiniões, sendo este um dos aplicativos que faz parte do Google Drive (Mathias & Sakai, s.d). Como vantagens deste, pode-se referir que, o formulário construído, pode ser disponibilizado através

dos endereços eletrónicos e, quando preenchido pelos respondentes, as respostas são obtidas imediatamente na página do Google Forms criada pelo investigador.

Apesar de utilizar a ferramenta atrás descrita, teve-se em atenção a apresentação do questionário, elaborando uma pequena introdução, onde se contextualizou o estudo e se definiu os seus objetivos. Depois apresentou-se um pequeno glossário e as instruções de preenchimento, mais concretamente, nos aspetos que se referiam ao tempo de preenchimento do questionário, à apresentação do mesmo (questões fechadas e questões abertas) e a forma como os resultados iriam ser analisados e devolvidos ao grupo. Tendo em conta que o questionário visou obter o consenso relativo à concordância das intervenções que constavam no questionário, para solicitar a opinião dos peritos, recorreu-se à escala de *Likert* de 5 pontos (1=*discordo muito*; 2=*discordo*; 3=*nem concordo, nem discordo* 4=*concordo*; 5=*concordo muito*) (Chalmers & Armour, 2019).

A primeira parte do questionário, referente aos dados de caracterização, foi constituída por oito questões e, a segunda parte, por 53 questões, acompanhadas por um espaço para comentários relativos a cada questão. Da análise efetuada aos resultados obtidos com a revisão integrativa da literatura, organizou-se as intervenções de enfermagem em dois grandes momentos distintos: período pré-operatório e período pós-operatório, subdividindo este último em imediato/mediato e preparação para o regresso a casa. Por fim, na conclusão do questionário, deixou-se um espaço para que os participantes pudessem apresentar os seus comentários e sugestões de outras intervenções de enfermagem que não tinham sido propostas anteriormente e que considerassem relevantes para o objetivo. Agradeceu-se a colaboração, deixando uma mensagem de que se iria analisar os dados, os quais ser-lhes-iam, em breve, fornecidos (Apêndice VII - Questionário da 1ª Ronda *Delphi*).

Procedimentos de colheita de dados

Os participantes, à medida que aceitavam participar no estudo, submetendo o seu consentimento livre e esclarecido, podiam aceder ao *link* para preenchimento do questionário, como anteriormente referido. Através da ferramenta Google Docs®, já mencionada, e de todas as suas funcionalidades, foi possível monitorizar todo o processo, uma vez que os peritos podiam responder e enviar o questionário, preenchido livremente, de acordo com a sua disponibilidade. Para tal, acionou-se um alerta para o endereço de correio eletrónico que avisava sempre que um questionário respondido tenha sido rececionado.

A primeira ronda do painel de peritos decorreu entre 24 de abril e 21 de agosto de 2017. Após terminado o tempo previsto para a primeira recolha de dados, procedeu-se à análise dos dados fornecidos pelos peritos.

Procedimentos de tratamento e análise dos dados

Os dados dos questionários recebidos foram sendo incluídos, automaticamente, na folha de cálculo da ferramenta Google Docs®. Após terminar a receção dos questionários, optou-se por exportar os dados para uma folha de cálculo do Microsoft Excel® e para o *Statistical Package for Social Sciences - SPSS®*, de modo a ser possível trabalhar com aplicações estatísticas que já nos eram conhecidas.

Assim, os dados quantitativos foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa SPSS (versão 23 de 2016). Foram utilizadas técnicas da estatística descritiva, nomeadamente, frequências relativas, medidas de tendência central (média, mediana e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão, valor mínimo e máximo e amplitude interquartilica). Os dados resultantes da aplicação da escala de concordância de cinco pontos relativos a cada uma das afirmações foram trabalhados, tendo em conta os critérios de consenso previamente definidos. Os comentários/sugestões fornecidos pelos peritos foram analisados, valorizados e interpretados, tendo-os em conta para a implementação na ronda seguinte ou, como contributo para modificar a forma como as intervenções se encontravam escritas.

Relatório síntese da 1ª ronda de *Delphi*

Neste relatório síntese, teve-se como objetivos: proceder à caracterização sociodemográfica do grupo de profissionais peritos na área do cuidar da pessoa com cancro gástrico, submetida a intervenção cirúrgica, que constituiu o painel; analisar as respostas relativas às intervenções de enfermagem promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos, previamente identificadas na revisão da literatura, assim como outras propostas para inclusão e, por último, analisar os níveis de consenso.

Observando a Tabela 1, fica-se a conhecer as características socioprofissionais dos elementos que constituíram o painel de peritos. Constata-se que a maioria dos elementos deste painel é do género feminino, 83.7%. As idades situam-se entre os 27 e os 60 anos, sendo a idade

média de 38 anos, com desvio padrão de 7.44 anos. Metade dos elementos do painel apresentou idades iguais ou superiores a 38 anos. Quanto à zona geográfica em que os profissionais exerciam a sua atividade, verifica-se que a maioria (34.9%) diz respeito à Região Autónoma da Madeira, seguida de Lisboa (32.5%).

Relativamente à instituição onde prestavam serviço, salienta-se que 32.6% indicaram o Hospital Dr. Nélio de Mendonça, e 25.6% referiram o IPO de Lisboa. A maioria dos profissionais que integraram o painel de peritos (86%) pertence à área da prestação de cuidados. Os 18 enfermeiros que possuem cursos de pós-licenciatura de especialização especificaram as respetivas áreas, salientando-se a Enfermagem Médico-cirúrgica (55.6%) e a Reabilitação (27.8%). Verifica-se que cerca de três em cada quatro (74.4%) dos profissionais são licenciados, 23.3% possuem mestrado e 2.3% são doutorados.

Quanto ao tempo de experiência profissional na área em estudo verifica-se que foram referidos valores entre os 5 e os 30 anos, sendo o valor médio de 12.23 anos, com desvio padrão de 6.12 anos. Metade dos profissionais tinha tempo de experiência igual ou superior a 10 anos. Quando questionados acerca do facto de já terem realizado alguma investigação na área em estudo, a maior parte dos elementos do painel, exatamente 88.4%, respondeu negativamente.

Tabela 1- Características socioprofissionais do painel de peritos (1^o ronda de Delphi)

Variável	N	%
<u>Género</u>		
Masculino	7	16.3
Feminino	36	83.7
<u>Grupo etário</u>		
< 30	3	7.0
[30 – 40[	23	53.5
[40 – 50[	13	30.2
≥ 50	4	9.3
$\bar{x} = 38.00$; $Md = 38.00$; $s = 7.44$; $x_{min} = 27$; $x_{máx} = 60$		
<u>Zona geográfica onde exerce atividade</u>		
Madeira	15	34.9
Lisboa	14	32.5
Açores	7	16.3
Porto	7	16.3
<u>Âmbito onde exerce atividade</u>		
Hospital Dr. Nélio de Mendonça	14	32.6
IPO Lisboa	11	25.6
Hospital Divino E. Santo de Ponta Delgada	7	16.3
IPO Porto	3	7.0
Hospital Curry Cabral	3	7.0
Hospital Pedro Hispano	3	7.0
Escola Superior de E. S. José de Cluny	1	2.3
Escola Superior de Enfermagem do Porto	1	2.3
<u>Categoria profissional</u>		
Enfermeiro	37	86.0
Enfermeiro Especialista	-	0.0
Enfermeiro Chefe	4	9,3
Assistente	-	0.0
Professor Adjunto	2	4.7
Professor Coordenador	-	0.0
<u>Área de especialização</u>		
Médico-Cirúrgica	10	55.6
Reabilitação	5	27.8
Saúde Mental e Psiquiátrica	2	11.1
Comunidade	1	5.5
<u>Habilitações académicas</u>		
Licenciatura	32	74.4
Mestrado	10	23.3
Doutoramento	1	2.3
<u>Tempo de experiência profissional na área em estudo (anos)</u>		
[5 – 10[	21	48.8
[10 – 15[	6	14.0
[15 – 20[	9	20.9
≥ 20	7	16.3
$\bar{x} = 12.23$; $Md = 10.00$; $s = 6.12$; $x_{min} = 5$; $x_{máx} = 30$		
<u>Investigação na área em estudo</u>		
Sim	5	11.6
Não	38	88.4

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pré-operatório

Os dados que constituem a Tabela 2 permitem constatar que, todas as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas no período pré-operatório, apresentam percentagens de respostas superiores a 75.0%, nas alternativas 4 e 5, correspondendo, respetivamente, ao “Concordo” e ao “Concordo muito”. Estas percentagens variaram entre 86.0% e 100.0%. Atendendo aos critérios de consenso definidos, pode-se concluir que todos estas intervenções cumprem os critérios de inclusão.

Tabela 2 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório - Consenso

Intervenções de enfermagem	Respostas (%)				
	1	2	3	4	5
1. Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia	0.0	0.0	0.0	39.5	60.5
2. Determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatórios	0.0	0.0	4.7	30.2	65.1
3. Identificar o <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia (história do doente)	0.0	0.0	0.0	51.2	48.8
3.1. Determinar que mudanças ocorreram nos hábitos alimentares (apetite, náuseas e vômitos)	0.0	0.0	4.7	34.9	60.5
3.2. Determinar se o doente tolera uma dieta completa ou se tem intolerância alimentar	0.0	0.0	2.3	30.2	67.4
3.3. Determinar quais os alimentos preferidos e não preferidos (restrições alimentares religiosas ou outras)	0.0	0.0	0.0	41.9	58.1
3.4. Determinar se o doente perdeu peso	0.0	0.0	2.3	34.9	62.8
3.5. Se perdeu, determinar quanto e em quanto tempo	0.0	0.0	9.3	27.9	62.8
4. Identificar histórias de tabagismo e alcoolismo	0.0	2.3	2.3	41.9	53.5
5. Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação	0.0	0.0	0.0	23.3	76.7
6. Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e apoio social	0.0	4.7	9.3	46.5	39.5
7. Avaliar peso e altura do doente	0.0	2.3	2.3	34.9	60.5
8. Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão	0.0	2.3	0.0	34.9	62.8
9. Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar	0.0	0.0	4.7	48.8	46.5
10. Explicar ao doente os procedimentos pré-operatórios	0.0	0.0	2.3	14.0	83.7
10.1. Explicar ao doente a necessidade de colocação da SNG	0.0	0.0	4.7	34.9	60.5
10.2. Explicar ao doente a necessidade de líquidos E.V.	0.0	2.3	2.3	41.9	53.5
10.3. Explicar ao doente a necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório	0.0	0.0	2.3	25.6	72.1
10.4. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições)	0.0	0.0	2.3	25.6	72.1

Legenda:

1 = *Discordo muito* 2 = *Discordo* 3 = *Nem concordo, nem discordo* 4 = *Concordo* 5 = *Concordo muito*

Atendendo aos resultados apresentados na Tabela 3, pode-se afirmar que, em nenhuma das intervenções, houve consenso perfeito, mas é possível constatar, em todas, consenso elevado. Salienta-se as intervenções de enfermagem no período pré-operatório as que mais se aproximaram do consenso perfeito, intervenções n.º 10, n.º 5, n.º 10.3, n.º 10.4, n.º 3.2, n.º 1, n.º 2 e n.º 3.4.

Tabela 3 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório - Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas						
	\bar{x}	Md	Mo	s	x_{\min}	x_{\max}	Q_3-Q_1
1. Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia	4.60	5.00	5	0.50	4	5	1.00
2. Determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatórios	4.60	5.00	5	0.58	3	5	1.00
3. Identificar o <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia (história do doente)	4.49	4.00	4	0.51	4	5	1.00
3.1. Determinar que mudanças ocorreram nos hábitos alimentares (apetite, náuseas e vômitos)	4.56	5.00	5	0.59	3	5	1.00
3.2. Determinar se o doente tolera uma dieta completa ou se tem intolerância alimentar	4.65	5.00	5	0.53	3	5	1.00
3.3. Determinar quais os alimentos preferidos e não preferidos (restrições alimentares religiosas ou outras)	4.58	5.00	5	0.50	4	5	1.00
3.4. Determinar se o doente perdeu peso	4.60	5.00	5	0.54	3	5	1.00
3.5. Se perdeu peso, determinar quanto e em quanto tempo	4.53	5.00	5	0.67	3	5	1.00
4. Identificar histórias de tabagismo e alcoolismo	4.47	5.00	5	0.67	2	5	1.00
5. Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação	4.77	5.00	5	0.43	4	5	0.00
6. Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e apoio social	4.21	4.00	4	0.80	2	5	1.00
7. Avaliar peso e altura do doente	4.53	5.00	5	0.67	2	5	1.00
8. Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão	4.58	5.00	5	0.63	2	5	1.00
9. Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar	4.42	4.00	4	0.59	3	5	1.00
10. Explicar ao doente os procedimentos pré-operatórios	4.81	5.00	5	0.45	3	5	0.00
10.1. Explicar ao doente a necessidade de colocação da SNG	4.56	5.00	5	0.59	3	5	1.00
10.2. Explicar ao doente a necessidade de líquidos E.V.	4.47	5.00	5	0.67	2	5	1.00
10.3. Explicar ao doente a necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório	4.70	5.00	5	0.51	3	5	1.00
10.4. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições)	4.70	5.00	5	0.51	3	5	1.00

Poucos foram os peritos que fizeram comentários/sugestões em cada uma das intervenções de enfermagem e, nenhum deles, traduziu ambiguidade ou dificuldade na compreensão. No Quadro 12 encontra-se espelhada a análise realizada às intervenções em que se obteve comentários/sugestões e que foram alvo de reformulação, de forma a contemplar os mesmos e a propor a sua modificação na 2ª ronda da técnica de *Delphi*. As restantes sugestões e comentários podem ser consultadas no apêndice VIII (Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem).

Quadro 12- Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pré-operatório

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
Intervenção 3.5 - Se perdeu peso, determinar quanto e em quanto tempo. (4 comentários/sugestões)	1. “Poderá nos dar uma “informação” indireta acerca da evolução da doença”.
	2. “Aplicação da escala de Must (MUST: Ferramenta Universal para Rastreio da Malnutrição)”.
	3. “Embora esta avaliação ponderal, seja neste momento efetuada pela nutricionista do serviço. Quanto à determinação dos gostos alimentares do doente/alergias nem sempre se verifica, devido à rotatividade de entrada (admissões) e saída (altas) de doentes no serviço, que complica a especificidade para cada doente”.
	4. “É importante perceber os fatores da perda de peso do doente para que se possa atuar sobre eles”.
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que vêm justificar/reforçar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pré-operatório. Contudo, perante os comentários realizados pelos respondentes e embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: “Se perdeu peso, determinar os fatores relacionados e o peso perdido, utilizando a escala de Must”	
Intervenção 5 - Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação. (3 comentários/sugestões)	1. “Para identificar o possível potencial para o autocuidado”.
	2. “Será interessante avaliar, ainda, o perfil de autocuidado do cliente, assim como a sua volição e a sua disponibilidade para aprender. A pessoa poderá apresentar capacidade cognitiva e motora para o efeito, mas poderá não estar disponível para ser autónoma no autocuidado e autogestão da situação”.
	3. “É necessário conhecer a dependência do utente no seu autocuidado como forma de potencializar a independência ao máximo no período de pós-operatório-operatório, assim como conhecer o tipo de suporte que poderá ser fornecido pela família”.
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: “Identificar a vontade, as capacidades/competências individuais para o autocuidado e autogestão da situação e tipo de suporte familiar”.	

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>Intervenção 6- Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e apoio social. (5comentários/sugestões)</p>	1. “Colocá-los em contacto com outros clientes com o mesmo diagnóstico”.
	2. “É preciso muito cuidado com este assunto. O doente e família podem não entender logo a questão...”
	3. “Apesar de considerar muito importante, esta prática não é comum no serviço que trabalho, exceto, e infelizmente, se houver possibilidade de o doente ficar em domicílio virtual”.
	4. “Embora não seja algo que vá mudar o tratamento que doente necessita, mas é importante para se conseguir adequar os tratamentos ou até providenciar alguma ajuda que possa aliviar uma ansiedade que doente possa estar a sentir”.
	5. “Se o doente e a família evidenciarem tal necessidade ou demonstrarem interesse”.
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: “Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e necessidade de apoio social.”</p>	
<p>Intervenção 7- Avaliar peso e altura do doente (3 comentários/sugestões)</p>	1. “Para classificação do IMC”.
	2. “Calcular, também, o IMC”.
	3. “É importante ter dados como o índice de massa corporal e o peso e a altura são elementos importantes a preencher em escalas de avaliação nutricional”.
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que vêm reforçar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pré-operatório. Contudo, perante os comentários realizados pelos respondentes e embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: “Avaliar peso e altura e calcular o IMC”.</p>	
<p>Intervenção 8 - Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão. (5 comentários/sugestões)</p>	1. “Para dados comparativos posteriormente”.
	2. “Embora como já referi anteriormente, isto não se verifique no serviço devido à rotatividade de doentes. Mas é muito importante perceber se já existem défices de vitaminas e alterações hidroelectrolíticas no pré-operatório”.
	3. “Em coordenação com a nutricionista”.
	4. “Intervenção realizada também pelo Nutricionista e Cirurgião”.
	5. “Acredito dever ser efetuado por pessoal com maior competência na área – Nutricionista”.
<p>Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que vêm reforçar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pré-operatório. Contudo, perante os comentários realizados pelos respondentes e embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi:</p>	

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>“Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista”</p>	
<p>Intervenção 9 - Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar. (7 comentários/sugestões)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Será necessário a ajuda da nutricionista e/ou dietista”. 2. “A avaliação nutricional deveria ser implementada no pré-operatório, pelo grupo profissional competente, mantendo o acompanhamento durante algum tempo pós alta”. 3. “Muitos dos nossos doentes, iniciam suplementos proteicos ainda no pós-operatório”. 4. “Em coordenação com a nutricionista”. 5. “Intervenção realizada também pelo nutricionista e cirurgião”. 6. “O enfermeiro pode identificar esta necessidade, mas quem efetua a avaliação e a prescrição”. 7. “É o nutricionista a pedido do médico”.
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: “Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar em coordenação com a nutricionista e/ou dietista”.</p>	
<p>Intervenção 10.4. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições). (5 comentários/sugestões)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Cliente informado enfrenta melhor todo o caminho a percorrer”. 2. “Em contexto ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) algumas destas intervenções não são valorizadas e são mesmo omitidas (p.ex. dieta zero no pós-op)”. 3. “Explicar ao cliente a necessidade de colocação da SNG poderá ser perturbador para o cliente, criando-lhe ansiedade”. 4. “Que é processo gradual que pode evoluir e regredir em qualquer fase da dieta/ao longo dos dias do pós-operatório”. 5. “É importante o utente estar preparado e ter conhecimento sobre o reinício da dieta como forma de facilitar o processo de aceitação e de recuperação”.
<p>No geral os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que vêm reforçar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pré-operatório. Contudo, perante o comentário nº 4 e embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de <i>Delphi</i>: “Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições) e eventuais retrocessos”.</p>	

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato

No que concerne as intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato, os dados que se apresenta na Tabela 4 permitiram constatar que, apenas a intervenção “Administrar vitamina B₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total)” não apresentou percentagem superior a 75.0%, nas alternativas “Concordo” e Concordo muito” (62.8%). Deste modo, foi considerada na categoria daquelas que não revelaram consenso para inclusão ou para a exclusão. Todas as restantes intervenções cumpriram os critérios de consenso inerentes à inclusão, ou seja, a soma das percentagens nas respostas 4 e 5 é superior a 75.0%, apresentando a mediana valor igual ou superior a 4 e, os poucos peritos que fizeram comentários/sugestões, em nenhum(a) deles(as) foi manifestada ambiguidade ou dificuldade na compreensão. A percentagem de respostas nas alternativas 4 e 5 destas intervenções de enfermagem situou-se entre 79.0% e 100%.

Tabela 4 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato- Consenso

Intervenções de enfermagem	Respostas (%)				
	1	2	3	4	5
11. Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (P. ex.: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional)	0.0	0.0	0.0	34.9	65.1
12. Promover cuidados de higiene oral	0.0	0.0	2.3	39.5	58.1
13. Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos	2.3	2.3	4.7	44.2	46.5
14. Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida	0.0	0.0	0.0	23.3	76.7
15. Iniciar a introdução dos alimentos em pequenas porções gradualmente	0.0	0.0	4.7	23.3	72.1
16. Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos (de acordo com a tolerância)	0.0	0.0	4.7	37.2	58.1
17. Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia	0.0	4.7	16.3	39.5	39.5
18. Vigiar sinais de saciedade precoce e regurgitação	0.0	0.0	2.3	34.9	62.8
19. Vigiar sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral	0.0	2.3	2.3	14.0	81.4
20. Vigiar o peso	0.0	0.0	4.7	58.1	37.2
21. Elaborar um plano alimentar individualizado (elaborado em complementaridade)	4.7	0.0	7.0	39.5	48.8
22. Administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais)	4.7	2.3	9.3	37.2	46.5
23. Administrar vitamina B ₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total)	7.0	7.0	23.3	23.3	39.5

Legenda:

1 = Discordo muito 2 = Discordo 3 = Nem concordo, nem discordo 4 = Concordo 5 = Concordo muito

Relativamente ao nível de consenso, no âmbito dos critérios de inclusão, verifica-se que todas as intervenções se posicionam no consenso elevado e que, as intervenções que mais se

aproximam do consenso perfeito, foram as intervenções n.º 14, n.º 19, n.º 15, n.º 11 e n.º 18 (Tabela 5).

Tabela 5 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato - Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas						
	\bar{x}	Md	Mo	s	X _{min}	X _{máx}	Q ₃ -Q ₁
11. Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (p. ex.: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional)	4.65	5.00	5	0.48	4	5	1.00
12. Promover cuidados de higiene oral	4.56	5.00	5	0.55	3	5	1.00
13. Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos	4.30	4.00	5	0.86	1	5	1.00
14. Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida	4.77	5.00	5	0.43	4	5	0.00
15. Iniciar a introdução dos alimentos em pequenas porções gradualmente	4.67	5.00	5	0.57	3	5	1.00
16. Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos (de acordo com a tolerância)	4.53	5.00	5	0.59	3	5	1.00
17. Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia	4.14	4.00	4	0.86	2	5	1.00
18. Vigiar sinais de saciedade precoce e regurgitação	4.60	5.00	5	0.54	3	5	1.00
19. Vigiar sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral	4.74	5.00	5	0.62	2	5	0.00
20. Vigiar o peso	4.33	4.00	4	0.57	3	5	1.00
21. Elaborar um plano alimentar individualizado (elaborado em complementaridade)	4.28	4.00	5	0.96	1	5	1.00
22. Administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais)	4.19	4.00	5	1.03	1	5	1.00
23. Administrar vitamina B ₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total)	3.81	4.00	5	1.24	1	5	2.00

Em cada uma das intervenções, houve peritos (em número reduzido) que fizeram comentários/sugestões. Contudo, nenhum dos comentários revelou ambiguidade ou dificuldade na compreensão. No quadro 13 encontram-se as intervenções nas quais se obteve comentários/sugestões e que foram alvo de reformulação. Desta forma, torna-se possível a contemplação dos mesmos e a proposta da sua modificação na 2ª ronda da técnica de *Delphi*, podendo as restantes sugestões e comentários ser consultados no apêndice VIII (Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem).

Quadro 13- Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato

Intervenções de enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>Intervenção 13. Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos. (5 comentários/sugestões)</p>	1. "Avaliação psíquica e física".
	2. "A indicação de iniciar líquido é médica, independentemente da nossa avaliação".
	3. "É uma competência médica. Fará sentido avaliar a tolerância aos alimentos".
	4. "Esta avaliação não me parece que deva ser da responsabilidade do enfermeiro. O cliente submetido a cirurgia do foro gástrico na sequência de carcinoma gástrico não inicia dieta no pós-operatório imediato/mediato. O início da dieta depende de prescrição médica e esta deve ser da responsabilidade do cirurgião e não do enfermeiro. O enfermeiro terá, em contrapartida, um papel preponderante no ensino ao cliente e sua família sobre os cuidados alimentares no pós-operatório".
	5. "Intervenção realizada também pelo cirurgião".
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi:</p> <p>"Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos em coordenação com o cirurgião responsável"</p>	
<p>Intervenção 15. Iniciar a introdução dos alimentos em pequenas porções, gradualmente (4 comentários/sugestões)</p>	1. "Evitar o enfartamento".
	2. "Concordo com o sentido da intervenção, mas não concordo com a sua sintaxe. O papel do enfermeiro é ensinar sobre a necessidade de o cliente introduzir os alimentos em porções de forma gradual".
	3. "Começando sempre primeiro por verificar se toleram líquidos salvo em situações de disfagia aos mesmos".
	4. "Decisão do Cirurgião"
<p>Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi:</p> <p>"Orientar o doente sobre a introdução dos alimentos em pequenas porções"</p>	
<p>Intervenção 16. Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos (de acordo com a tolerância) (3 comentários/sugestões).</p>	1. "Segundo um plano pré-estabelecido".
	2. "Tal como na intervenção anterior, concordo com o sentido da intervenção, mas não concordo com a sua sintaxe. O papel do enfermeiro situa-se no domínio do conhecimento, pelo que a intervenção deveria ser de o tipo "ensinar".
	3. "Decisão também do cirurgião".

Intervenções de enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de <i>Delphi</i>:</p> <p>“Orientar o doente sobre o aumento gradual da quantidade de alimentos a ingerir, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância”.</p>	
<p>Intervenção 17. Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia (4 comentários/sugestões).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Promover a independência o mais cedo possível”. 2. “Segundo plano pré-estabelecido”. 3. “Depende da abordagem cirúrgica”. 4. “De acordo com as indicações médicas e do nutricionista”.
<p>Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de <i>Delphi</i>:</p> <p>“Apoiar o doente na alimentação até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância”.</p>	
<p>Intervenção 21. Elaborar um plano alimentar individualizado (elaborado em complementaridade). (7 comentários/sugestões).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Deverá ser exclusivamente da competência da nutricionista e ou dietista”. 2. “Na minha experiência em dois contextos diferentes, o plano alimentar é realizado por um nutricionista. A nossa intervenção passa pela clarificação do plano ou esclarecimento de dúvidas e ajuda na identificação de estratégias facilitadoras do cumprimento do plano alimentar”. 3. “Quando é gastrectomia subtotal, alguns médicos não querem apoio da dietista”. 4. “Em conjunto com nutricionistas/dietistas”. 5. “Como já referi, é difícil a individualidade quando um serviço tem altos níveis de rotatividade”. 6. “Orientar para a Nutricionista responsável”. 7. “A efetuar pela nutricionista”.
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformular a mesma de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de <i>Delphi</i>:</p> <p>“Providenciar e orientar sobre o plano alimentar, individualizado, elaborado com o apoio da nutricionista e/ou dietista”.</p>	
<p>Intervenção 22. Administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais). (6 comentários/sugestões)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Prescrição Médica. Passa pela vigilância e administração perante prescrição. Eventualmente gerir alimentação parenteral”. 2. “Depende do status nutricional”. 3. “Administrar terapia nutricional parenteral suplementar é uma intervenção que resulta de prescrição médica. Da forma como sugere a intervenção parece que se trata de uma intervenção prescrita pelos enfermeiros”.

Intervenções de enfermagem	Comentários/Sugestões
	4. "Decisão médica".
	5. "Habitualmente ao fim do 7º dia é instituída a alimentação entérica ou parenteral".
	6. "Se tiver indicação médica para tal".
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: "Gerir a terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais)".	

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa

Analisando a Tabela 6, pode-se constatar que, das 20 intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa, existem quatro que não reuniram o consenso necessário para a inclusão, ou seja, as intervenções "Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 minutos", "Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos", "Orientar para os antiespasmódicos, também podem ajudar no atraso do esvaziamento gástrico" e "Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos" apresentam percentagens de resposta nas alternativas 4 e 5 inferiores a 75.0%. Assim, estas quatro intervenções foram integradas no conjunto daquelas que não revelam consenso para inclusão ou para exclusão.

As restantes 16 intervenções apresentaram percentagens de respostas nas alternativas "Concordo" e "Concordo muito" compreendidas entre 83.8% e 100.0%. Estas 16 intervenções cumprem os critérios de consenso para a inclusão. Isto é, para além da percentagem de respostas nas alternativas 4 e 5 serem superiores a 75.0%, apresentam mediana igual ou superior a 4 e os comentários/sugestões feitos por alguns dos peritos não referem ambiguidade ou dificuldade na compreensão.

Tabela 6 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa- Consenso

Intervenções de enfermagem	Respostas (%)				
	1	2	3	4	5
24. Reavaliar a capacidade do doente para participar no seu autocuidado/autogestão	0.0	0.0	0.0	25.6	74.4
25. Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de <i>dumping</i> ...)	0.0	0.0	0.0	18.6	81.4
26. Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...)	0.0	0.0	0.0	23.3	76.7
27. Informar o doente que os sintomas tendem a desaparecer após meses	0.0	2.3	7.0	30.2	60.5
28. Ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida: comer fora/lugares público, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho	0.0	2.3	7.0	41.9	48.8
29. Ensinar o doente a realizar a sua gestão nutricional	0.0	0.0	0.0	51.2	48.8
29.1. Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos	0.0	9.3	20.9	30.2	39.5
29.2. Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos em cada refeição, de acordo com a sua tolerância	0.0	4.7	4.7	48.8	41.9
29.3. Evitar os líquidos na hora das refeições (podem ser ingeridos até 1 hora antes e depois)	0.0	0.0	0.0	39.5	60.5
29.4. Orientar sobre os métodos de preparação e cozedura dos alimentos	0.0	2.3	11.6	48.8	37.2
29.5. Orientar para evitar a sacarose e glicose e que a gordura poder ser dada conforme tolerada	0.0	4.7	7.0	58.1	30.2
29.6. Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos	2.3	7.0	20.9	37.2	32.6
29.7. Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos	0.0	0.0	0.0	23.3	76.7
29.8. Orientar para os antiespasmódicos, também podem ajudar no atraso do esvaziamento gástrico	0.0	7.0	23.3	46.5	23.3
30. Ensinar o doente para posicionar-se em semi-fowler durante as refeições	4.7	7.0	4.7	32.6	51.2
31. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 min.	2.3	14.0	25.6	39.5	18.6
32. Orientar/solicitar a colaboração da nutricionista aquando a alta	7.0	2.3	0.0	27.9	62.8
33. Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar	0.0	0.0	2.3	34.9	62.8
34. Educar o doente para monitorizar o peso regularmente (p.ex. semanalmente)	0.0	0.0	9.3	58.1	32.6
35. Providenciar instruções por escrito (folheto, panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos	0.0	0.0	0.0	37.2	62.8

Legenda:

1 = Discordo muito 2 = Discordo 3 = Nem concordo, nem discordo 4 = Concordo 5 = Concordo muito

Analisando os resultados apresentados na Tabela 7, pode-se concluir que todas as 16 intervenções que cumprem os critérios de inclusão evidenciaram nível de consenso elevado, sendo que aquelas que mais se aproximam do consenso perfeito são as intervenções n.º 25, n.º 26, n.º 29.7, n.º 24, n.º 35, n.º 29.3 e n.º 33.

Tabela 7 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa - Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas						
	\bar{x}	Md	Mo	s	X _{min}	X _{máx}	Q ₃ -Q ₁
24. Reavaliar a capacidade do doente para participar no seu autocuidado/autogestão	4.74	5.00	5	0.44	4	5	1.00
25. Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de <i>dumping</i> ...)	4.81	5.00	5	0.39	4	5	0.00
26. Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematemeses...)	4.77	5.00	5	0.43	4	5	0.00
27. Informar o doente que os sintomas tendem a desaparecer após meses	4.49	5.00	5	0.74	2	5	1.00
28. Ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida: comer fora/lugares público, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho	4.37	4.00	5	0.73	2	5	1.00
29. Ensinar o doente a realizar a sua gestão nutricional	4.49	4.00	4	0.51	4	5	1.00
29.1. Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos	4.00	4.00	5	1.00	2	5	2.00
29.2. Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos em cada refeição, de acordo com a sua tolerância	4.28	4.00	4	0.77	2	5	1.00
29.3. Evitar os líquidos na hora das refeições (podem ser ingeridos até 1 hora antes e depois)	4.60	5.00	5	0.50	4	5	1.00
29.4. Orientar sobre os métodos de preparação e cozedura dos alimentos	4.21	4.00	4	0.74	2	5	1.00
29.5. Orientar para evitar a sacarose e glicose e que a gordura poder ser dada conforme tolerada	4.14	4.00	4	0.74	2	5	1.00
29.6. Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos	3.91	4.00	4	1.02	1	5	2.00
29.7. Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos	4.77	5.00	5	0.43	4	5	0.00
29.8. Orientar para os antiespasmódicos, também podem ajudar no atraso do esvaziamento gástrico	3.86	4.00	4	0.86	2	5	1.00
30. Ensinar o doente para posicionar-se em semi-fowler durante as refeições	4.19	5.00	5	1.12	1	5	1.00
31. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 minutos.	3.58	4.00	4	1.03	1	5	1,00
32. Orientar/solicitar a colaboração da nutricionista aquando a alta	4.37	5.00	5	1.11	1	5	1.00
33. Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar	4.60	5.00	5	0.54	3	5	1.00
34. Educar o doente para monitorizar o peso regularmente (p.ex. semanalmente)	4.23	4.00	4	0.61	3	5	1.00
35. Providenciar instruções por escrito (folheto, panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos	4.63	5.00	5	0.49	4	5	1.00

Em cada uma das intervenções, alguns peritos (número reduzido) fizeram comentários/sugestões, contudo, em nenhum deles, foram manifestadas ambiguidade ou dificuldade na compreensão. No Quadro 14 encontram-se as intervenções em que se obteve

comentários/sugestões e que foram alvo de reformulação, de forma a considerar os mesmos, propondo a sua modificação na 2ª ronda da técnica de *Delphi*. As restantes sugestões e comentários podem ser consultadas no apêndice VIII (Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem).

Quadro 14 - Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa

Intervenções de enfermagem	Comentários/Sugestões
Intervenção 26. Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vómitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) (2 comentários/sugestões).	1. "Procurar ajuda mais precocemente".
	2. "O doente e família devem reconhecer sinais de alerta para procurar apoio".
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que vêm reforçar/justificar/explicar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa. Contudo, perante os comentários realizados e embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: "Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vómitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) e procurar ajuda o mais precocemente possível".	
Intervenção 30. Ensinar o doente para posicionar-se em semi-fowler durante as refeições. (4 comentários/sugestões).	1. "Comer em fowler alto e após posicionar-se em semi-fowler".
	2. "Se possível, comer sentado (3 respostas)".
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que embora esta intervenção tenha obtido consenso, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor a sua modificação na 2ª ronda de Delphi: "Ensinar o doente a posicionar-se de preferência sentado ou em semi-fowler durante as refeições".	

No que se refere à última questão do questionário: "Comentários/sugestões de outras intervenções de enfermagem que não tenham sido propostas anteriormente e que considere relevantes", obteve-se 7 respostas, que se passa a transcrever: "Dada a quantidade de intervenções (muito elevada para o nível de literacia da nossa população em geral) a abordar, é incontornável envolver o enfermeiro de família no processo (ou um enfermeiro da comunidade), uma vez que é o profissional que em princípio conhece o contexto e pode proporcionar continuidade e suporte à transição experienciada pelo doente/cuidados. Uma parte da recuperação acontece no domicílio"; "Ensinar sobre a ingestão nutricional (alimentos que não deve ingerir) como por exemplo bebidas gaseificadas..."; "Avaliar a consciencialização do cliente face à mudança imposta pela cirurgia gástrica"; "Avaliar o significado atribuído pelo cliente à mudança imposta pela cirurgia gástrica"; "Identificar fatores

facilitadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia do foro gástrico”; “Identificar fatores dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia do foro gástrico”; e “Falar com o doente sobre a síndrome de *Dumping*”.

Da análise realizada aos comentários/sugestões apresentados pelos peritos, decidiu-se propor, para a 2ª ronda, mais três intervenções no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa: “avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica”; “identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica”; e “assegurar a continuidade de cuidados na comunidade após o regresso a casa”. Salieta-se que algumas das intervenções sugeridas pelos peritos já se encontravam incluídas nas intervenções de enfermagem propostas, motivo pelo qual considerou-se não as incluir, de forma a evitar duplicações.

Em síntese, a partir do retorno dos questionários, as respostas foram analisadas pelo investigador que emitiu um relatório síntese dos resultados, na procura do consenso. Assim, uma vez que não se obteve o consenso de todas as intervenções de enfermagem na 1ª ronda, algumas intervenções foram modificadas, tendo por base os comentários/sugestões dos peritos e, incluiu-se ainda novas intervenções de enfermagem, avançou-se, posteriormente, para a 2ª ronda da técnica de *Delphi* (Chalmers & Armour, 2019; Fortin *et al.*, 2009; Linstone & Turoff, 2002; Munaretto *et al.*, 2013; Polit & Beck, 2017; Portney & Watkins, 2009; Wright & Giovinazzo, 2000).

Percorrendo o caminho no sentido da obtenção do consenso das intervenções de enfermagem: 2ª Ronda *Delphi*

Tendo por base as ideias explanadas anteriormente, na segunda ronda do painel *Delphi*, devolveu-se os resultados da primeira ronda aos peritos, de modo a dar conhecimento dos resultados globais, representados estatisticamente, tal como preconizado na técnica em causa, sugerindo a sua leitura prévia à resposta ao 2º questionário. Cada participante deste painel recebeu um segundo questionário e foi convidado a rever as intervenções, com base nas informações (resultados globais) obtidas no primeiro questionário (Chalmers & Armour, 2019; Hsu & Sandford, 2007; Polit & Beck, 2017).

Nesta segunda ronda, teve-se como objetivos: Conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia, por cancro gástrico, no processo de autogestão da

alimentação/sintomas digestivos, que não obtiveram consenso na primeira ronda; Conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às modificações realizadas nas intervenções, nas quais obteve-se consenso, tendo por base os comentários/sugestões dos peritos participantes; e Conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às propostas de outras intervenções de enfermagem resultantes das sugestões obtidas na primeira ronda. A questão de investigação que orientou esta segunda fase do percurso da técnica de *Delphi* foi a mesma da primeira fase: Quais as intervenções de enfermagem indicadas, para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos?

Amostra

Dado o anonimato dos questionários recebidos na primeira ronda, não se teve acesso à identificação dos peritos que colaboraram na primeira ronda, uma vez que a ferramenta que se utilizou (formulário do Google Docs ®) criava automaticamente uma folha de cálculo com as respostas dos peritos, identificando-os por número de questionário, não associando nem o nome, nem o endereço eletrónico à resposta, mantendo o anonimato. Deste modo, optou-se por enviar o questionário, por correio eletrónico, a todos os peritos que deram o seu consentimento, e que responderam ao questionário na 1ª ronda, ou seja, 43 peritos. Nesta 2ª ronda, somente 19 peritos acederam ao *link* e responderam ao questionário. Em termos de percentagens, pode-se constatar que se obteve uma taxa de resposta de cerca de 44,2% e, de abstenção, de 55,8%. Em relação ao número total de convites enviados (43), o que contrasta com o que aludiram Chalmers e Armour (2019), Scarparo *et al.* (2012) e Wright e Giovinazzo (2000) que é esperado um índice de abstenção de 20 a 30% nas rondas subsequentes à primeira de aplicação dos questionários.

Pensa-se que, uma das causas que pode ter contribuído para o declínio da taxa de resposta entre a 1ª e a 2ª ronda, pode estar relacionada com o período que mediou a aplicação do 1º questionário e do 2º questionário pois o *feedback* imediato e apropriado pode facilitar uma alta taxa de resposta, dado que mantém os membros do painel de especialistas interessados (Keeney *et al.*, 2011).

Instrumento de colheita de dados

Nesta segunda ronda, manteve-se o questionário *online*, utilizando a ferramenta disponível no Google Docs®, uma vez que, na ronda anterior, obteve-se 66,7% de adesão por parte dos participantes. Os peritos que participaram na 1ª ronda usaram de forma adequada e correta a ferramenta disponibilizada e, ainda forneceram algumas sugestões e comentários muito pertinentes para o estudo, tendo os mesmos contribuído para reformular/modificar algumas intervenções, e propor outras.

O questionário utilizado na segunda ronda foi organizado de forma similar ao primeiro, mantendo o *layout*, de modo a possibilitar a continuidade das respostas. Apesar de se utilizar a ferramenta disponível no Google Docs®, teve-se em atenção a apresentação do questionário, elaborando uma pequena introdução, na qual, de forma sintética, se apresentaram os resultados de grupo obtidos na 1ª ronda, para que todos os peritos conhecessem os resultados globais, representados estatisticamente e definiu-se ainda os objetivos desta ronda. Após, apresentou-se as instruções de preenchimento, no que se refere ao tempo de preenchimento, apresentação do mesmo, e forma como os resultados seriam analisados e devolvidos ao grupo. Quanto ao instrumento utilizado, à semelhança do primeiro, optou-se por apresentá-lo em duas partes: a primeira parte do questionário referiu-se aos dados de caracterização, sendo constituído por quatro questões, referentes à idade, zona geográfica onde exerce a atividade, categoria profissional e experiência profissional. A segunda parte do questionário foi constituída por 22 questões organizadas em três grupos.

O primeiro grupo foi constituído por cinco questões, no sentido de obter o consenso para inclusão ou exclusão das intervenções em que não se obteve consenso na primeira ronda. No segundo grupo, com 14 questões, apresentou-se as intervenções modificadas tendo por base as sugestões e comentários, no sentido de obter o consenso da sua inclusão após a modificação. O terceiro grupo, com três questões referentes às intervenções que emergiram das sugestões apresentadas pelos peritos na primeira ronda, com o intuito de obter consenso para a sua inclusão ou exclusão (Apêndice IX - Questionário da 2ª Ronda *Delphi*).

Apesar de alguns investigadores optarem por incluir todas as intervenções na 2ª ronda, optou-se por não o fazer, eliminando as intervenções em que se obteve consenso na primeira ronda. Esta opção levou a que os questionários se tornassem mais curtos, à medida que as rondas se sucediam e, assim, diminuiu o risco de perder membros do painel (Keeney *et al.*, 2011). Neste sentido, o segundo questionário é menos longo que o primeiro, ou seja, otimizou-se o questionário com a intenção de manter ou elevar a adesão à resposta.

À semelhança do primeiro, no final do questionário foi incluído um espaço para comentários finais. Tendo em conta que o questionário visou obter o consenso relativo à concordância das intervenções que constavam no questionário, recorreu-se à escala de *Likert* de 5 pontos, tal como anteriormente. Agradeceu-se a colaboração, deixando uma mensagem de que se iria analisar os dados, os quais ser-lhes-iam, em breve fornecidos.

Procedimento de colheita de dados

A segunda ronda do painel de peritos decorreu entre o dia dezassete de maio e trinta de junho de 2018. A metodologia de colheita de dados foi semelhante à realizada na primeira ronda. No *email* enviado, foi escrita uma mensagem no sentido de agradecer a participação anterior dos peritos, enaltecendo a importância e pertinência de cada contributo para o estudo. No final da mensagem, foi colocada a hiperligação para os participantes acederem ao segundo questionário. À semelhança do sucedido na primeira ronda, através da ferramenta Google Docs® foi possível monitorizar todo o processo, pois foi acionado um alerta para o endereço de correio eletrónico que avisava sempre que um questionário respondido tinha sido rececionado. Após terminar o tempo previsto, procedeu-se à análise dos dados.

Procedimentos de tratamento e análise dos dados

Na segunda ronda, foram utilizados os critérios e níveis de consenso utilizados na primeira ronda e apresentados nos Quadro 10 e 11 sendo os mesmos aplicados a cada uma das 22 intervenções de enfermagem incluídas neste segundo questionário. Os dados quantitativos foram tratados informaticamente, recorrendo ao programa SPSS (versão 23 de 2016), utilizando as mesmas ferramentas descritas anteriormente. Os comentários/sugestões fornecidos pelos peritos foram analisados, valorizados e interpretados, e considerados para a implementação na ronda seguinte ou como contributo para modificar as intervenções.

Relatório síntese da 2ª ronda de *Delphi*

Neste relatório síntese, tem-se como objetivos proceder a uma breve caracterização sociodemográfica do grupo de profissionais peritos na área do cuidar da pessoa com cancro gástrico, submetida a intervenção cirúrgica, que constituíram o painel e que estiveram envolvidos na segunda ronda; conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às

intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia, por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, que não obtiveram consenso na primeira ronda; conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às modificações realizadas nas intervenções, nas quais se obteve consenso, tendo por base os comentários/sugestões dos peritos participantes; conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às propostas de outras intervenções de enfermagem que emergiram das sugestões dos peritos, e analisar os níveis de consenso.

No que concerne as características socioprofissionais, os dados e resultados que constituem a Tabela 8, permitem verificar que os dezanove elementos que constituíram o painel de peritos envolvidos na 2ª ronda tinham idades compreendidas entre os 29 e os 62 anos, sendo a idade média 39.79, com desvio padrão 9.32 anos. Verifica-se que 47.3% dos profissionais pertenciam ao grupo etário dos 30 aos 40 anos e que, metade dos elementos do painel, apresentava idades iguais ou superiores a 39.00 anos. Quanto à zona geográfica em que os profissionais exerciam a sua atividade, verifica-se que a maioria 42.1% mencionou a Região Autónoma da Madeira, seguindo de 26.4% na região do Porto. A maioria dos profissionais, concretamente 73.7%, pertencia à categoria de Enfermeiro.

Quanto ao tempo de experiência profissional na área em estudo verifica-se que foram referidos valores entre 7 e 20.17 anos, sendo o valor médio de 12.04, com desvio padrão 4.38 anos. Metade dos profissionais que responderam ao questionário tinha tempo de experiência igual ou superior a 10.25 anos.

Tabela 8 - Características socioprofissionais (2^o ronda de Delphi)

Variável	N	%
Grupo etário		
< 30	1	5.3
[30 – 40[	9	47.3
[40 – 50[	6	31.6
≥ 50	3	15.8
$\bar{x} = 39.79$; Md = 39.00; s = 9.32; $x_{\min} = 29$; $x_{\max} = 62$		
Zona geográfica onde exerce atividade		
Açores	4	21.1
Lisboa	2	10.5
Madeira	8	42.1
Porto	5	26.4
Categoria profissional		
Enfermeiro	14	73.7
Enfermeiro Especialista	1	5.3
Enfermeiro Chefe	3	15.8
Assistente	0	0.0
Professor Adjuto	1	5.3
Professor Coordenador	0	0.0
Tempo de experiência profissional na área em estudo (anos)		
[5 – 10[	8	42.1
[10 – 15[	6	31.6
[15 – 20[	2	10.5
≥ 20	3	15.8
$\bar{x} = 12.04$; Md = 10.25; s = 4.38; $x_{\min} = 7.00$; $x_{\max} = 20.17$		

Intervenções na qual não se obteve consenso na primeira ronda

Os dados que constituem a Tabela 9 permitem verificar que todas as intervenções de enfermagem, a serem implementadas no período pós-operatório que não obtiveram consenso na primeira ronda, continuam a não obter esse consenso, quer para a inclusão quer para a exclusão, pois nenhuma delas obteve percentagens de respostas positivas (4 ou 5) superiores a 75%. O mesmo se verifica para as respostas negativas (1 ou 5). As percentagens de respostas positivas situaram-se entre 47.4% e 73.7%. Por outro lado, as respostas negativas surgiram com valores compreendidos entre 10.6% e 31.6%. Assim, e em conformidade com os critérios definidos, conclui-se que os peritos continuam, nesta segunda ronda, a não ser consensuais no sentido da inclusão ou da exclusão das intervenções em causa.

Tabela 9 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa sem consenso na 1ª ronda – Consenso

Intervenções de enfermagem	Respostas (%) (n = 19)				
	1	2	3	4	5
1.Administrar vitamina B ₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total)	5.3	26.3	21.1	31.6	15.8
2.Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos	0.0	26.3	5.3	52.6	15.8
3.Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos	0.0	26.3	10.5	47.4	15.8
4.Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico.	5.3	5.3	26.3	31.6	31.6
5. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 min.	10.5	10.5	5.3	47.4	26.3

Legenda:

1 = Discordo muito 2 = Discordo 3 = Nem concordo, nem discordo 4 = Concordo 5 = Concordo muito

Atendendo ao facto que os peritos continuam, nesta segunda ronda, a não ser consensuais no sentido da inclusão ou da exclusão das intervenções, os dados apresentados na Tabela 10 têm uma pertinência reduzida por não ser possível avaliar o nível de consenso, contudo entendeu-se apresentá-los.

Tabela 10 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa sem consenso na 1ªronda – Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas (n = 19)						
	\bar{x}	Md	Mo	s	X _{min}	X _{máx}	Q ₃ -Q ₁
1.Administrar vitamina B ₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total)	3.26	3.00	4.00	1.20	1	5	2.00
2.Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos	3.56	4.00	4.00	1.07	2	5	2.00
3.Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos	3.53	4.00	4.00	1.07	2	5	2.00
4.Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico	3.79	4.00	4.00	1.13	1	5	2.00
5. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 min.	3.68	4.00	4.00	1.29	1	5	2.00

Poucos foram os peritos que fizeram comentários/sugestões face a cada uma das intervenções e, nenhum deles, traduziu ambiguidade ou dificuldade na compreensão. No

Quadro 15 encontram-se espelhados os comentários/sugestões obtidos, inerentes às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa e, que foram alvo de reformulação, de forma a contemplar os mesmos e propor a sua modificação na 3ª ronda da técnica de *Delphi*.

Quadro 15 - Análise dos comentários/sugestões às intervenções de enfermagem que não obtivemos consenso na primeira ronda

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>1.Administrar vitamina B₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total) (3 comentários/sugestões)</p>	<p>1.“Depende dos valores analíticos, que devem ser periódicos”.</p> <p>2. “A minha opinião relativamente a esta intervenção é de que se trata de uma intervenção resultante de prescrição médica, pelo que se tratando de um estudo de investigação no âmbito da enfermagem, nomeadamente no domínio específico daquele que é o seu conhecimento disciplinar, não vejo qualquer relevância no que diz respeito a esta intervenção interdependente. Existem estudos de investigação de enfermagem que avaliam os efeitos da Vitamina B₁₂ nas pessoas submetidas a gastrectomia? Não existem ensaios clínicos de enfermagem a este respeito e bem porque nunca serão os enfermeiros a prescrever este fármaco... Esta intervenção de enfermagem não é sustentada por conhecimento disciplinar da enfermagem, mas, antes, por conhecimento disciplinar da Medicina. Nesta medida, não tenho opinião a respeito desta intervenção. Quando ela estiver prescrita no meu cliente, eu simplesmente administrarei, porque o julgamento acerca da sua eficácia caberá ao médico”.</p> <p>3. “Não está em vigor na tabela terapêutica”.</p>
<p>A intervenção em análise foi considerada na categoria daqueles que não revelam consenso para inclusão ou para exclusão. Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se que um dos respondentes defende que esta intervenção é interdependente, e outro que a sua administração vai depender da situação específica do doente (valores laboratoriais). Logo, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor novamente para a 3ª ronda.</p> <p>“Administrar, de acordo com os valores analíticos, vitamina B₁₂ se doente submetido a uma gastrectomia total”.</p>	
<p>2.Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos (3 comentários/sugestões)</p>	<p>1. “A alimentação deve ser diversificada e equilibrada, as refeições devem ser fracionadas, claro”.</p> <p>2. “Que tipo de hidratos de carbono? Hidratos de carbono simples ou complexos? Se simples, devem-se evitar; se complexos devem-se fomentar. A intervenção "Realizar diariamente seis pequenas..." não está, na minha opinião, bem redigida porque quem irá "realizar diariamente seis pequenas..." é o cliente, não o enfermeiro... "Realizar diariamente seis..." não é uma intervenção de enfermagem, como se refere acima "Intervenção de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório...". A intervenção de enfermagem deveria ser "Ensinar sobre..."</p>

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
	3."Dieta pobre em hidratos de carbono de absorção rápida".
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se existir a necessidade de especificar a intervenção, ou seja, torná-la mais concreta e dirigida ao doente. Logo, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar as sugestões fornecidas e propor novamente para a 3ª ronda.</p> <p>"Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples".</p>	
3.Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos (1 comentário/sugestão)	1."Beber líquidos no intervalo das refeições".
<p>O comentário/sugestão apresentada pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se existir a necessidade de especificar a intervenção, ou seja, torná-la mais concreta. Logo, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar a sugestão fornecida e propor novamente para a 3ª ronda.</p> <p>"Orientar para que as refeições contenham mais alimentos secos, optando por tomar líquidos no intervalo das refeições".</p>	
4.Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (1 comentário/sugestão)	1."Sem estômago após a cirurgia. Concordaria se fosse o efeito dos antiespasmódicos na diminuição do peristaltismo e esvaziamento intestinal".
<p>O comentário/sugestão apresentada pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se existir a necessidade de especificar a intervenção, ou seja, torná-la mais concreta. Logo, decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar a sugestão fornecida e propor novamente para a 3ª ronda.</p> <p>"Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total)".</p>	
5. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 min. (2 comentários/sugestões)	1."Apenas até o doente não referir queixas gástricas, tal como enfartamento". 2. "Posição de semi-fowler".
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constata-se que o tempo de implementação desta intervenção vai depender da avaliação que o enfermeiro faz da situação/evolução do doente. A posição de semi-fowler está contemplada noutra intervenção, sendo a posição preferencial a adotar durante as refeições.</p> <p>Decidiu-se reformulá-la de forma a contemplar a sugestão fornecida e propor novamente para a 3ª ronda.</p> <p>Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição (durante 20 a 30 min.) até o doente não apresentar alterações gástricas.</p>	

Intervenções modificadas tendo por base as sugestões e comentários da 1ª Ronda

Todas as sete intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pré-operatório que foram modificadas, tendo por base as sugestões e comentários da primeira ronda, cujas percentagens de respostas apresenta-se na Tabela 11, cumprem os primeiros dois critérios de inclusão, ou seja, as percentagens de respostas positivas (4 ou 5) estão compreendidas entre o mínimo de 84.2% e 100.0% e, todas elas, apresentam mediana igual ou superior a 4.

No entanto, algumas destas intervenções foram alvo de comentários por parte dos peritos, os quais sugerem a ambiguidade ou dificuldade na sua compreensão. Incluem-se nesta situação as intervenções: “7. Identificar a vontade e as capacidades/competências individuais para o autocuidado e autogestão da situação e tipo de suporte familiar”, e “12. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições) e eventuais retrocessos”, cujos comentários se apresenta no Quadro 16. Esta situação retira, às intervenções em causa (7 e 12), a possibilidade de serem classificadas como consensuais para a inclusão, pelo que será mantida a intervenção inicial. As intervenções n.º 6, n.º 8, n.º 9, n.º 10 e n.º 11, reúnem todos os critérios que permitem classificá-las como consensuais para a inclusão e, para essas, avaliou-se o nível de consenso.

Tabela 11 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório que foram modificadas - Consenso

Intervenções de Enfermagem	Respostas (%) (n = 19)				
	1	2	3	4	5
6. Se perdeu peso, determinar os fatores relacionados e o peso perdido, utilizando a escala de MUST.	0.0	10.5	0.0	63.2	26.3
7. Identificar a vontade e as capacidades/competências individuais para o autocuidado e autogestão da situação e tipo de suporte familiar.	0.0	5.3	5.3	31.6	57.9
8. Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e necessidades de apoio social.	0.0	5.3	0.0	47.4	47.4
9. Avaliar peso e altura e calcular o IMC.	0.0	0.0	0.0	47.4	52.6
10. Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.	0.0	10.5	5.3	36.8	47.4
11. Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.	0.0	5.3	5.3	36.8	52.6
12. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições) e eventuais retrocessos.	0.0	0.0	5.3	52.6	42.1

Legenda:

1 = Discordo muito 2 = Discordo 3 = Nem concordo, nem discordo 4 = Concordo 5 = Concordo muito

Tendo presente a definição dos critérios de consenso estabelecidos e os resultados que constituem a Tabela 12, é possível afirmar que, a intervenção n.º 9, evidencia consenso elevado, cumprindo todos os parâmetros. As intervenções n.º 10 e n.º 11 foram, também, classificadas como tendo consenso elevado, embora não cumpram dois dos sete critérios (o desvio padrão é superior a 15% da média e o valor mínimo não é igual ou superior a 3). Por último, as intervenções n.º 6 e n.º 8 foram classificadas como tendo um nível moderado de consenso, dado que cumprem quatro e cinco, respetivamente, dos sete critérios para este nível.

Tabela 12 - Intervenções de enfermagem no período pré-operatório que foram modificadas - Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas (n = 19)						
	\bar{x}	Md	Mo	s	X _{min}	X _{máx}	Q ₃ -Q ₁
6. Se perdeu peso, determinar os fatores relacionados e o peso perdido, utilizando a escala de MUST.	4.05	4.00	4.00	0.85	2	5	1.00
7. Identificar a vontade e as capacidades/competências individuais para o autocuidado e autogestão da situação e tipo de suporte familiar.	4.42	5.00	5.00	0.84	2	5	1.00
8. Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e necessidades de apoio social.	4.37	4.00	4.00	0.76	5	5	1.00
9. Avaliar peso e altura e calcular o IMC.	4.53	5.00	5.00	0.51	4	5	1.00
10. Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.	4.21	4.00	5.00	0.98	2	5	1.00
11. Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.	4.37	5.00	5.00	0.83	2	5	1.00
12. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições) e eventuais retrocessos.	4.37	4.00	4.00	0.60	3	5	1.00

Em cada uma das intervenções, com exceção da intervenção n.º 9 houve peritos (embora em número reduzido) que fizeram comentários/sugestões. No Quadro 16 encontram-se espelhados os comentários/sugestões que se obteve inerentes às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pré-operatório.

Quadro 16 - Análise dos Comentários/sugestões às intervenções de enfermagem no período pré-operatório que foram modificadas

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
<p><u>6.Intervenção inicial:</u> Se perdeu peso, determinar quanto e em quanto tempo.</p> <p><u>Sugestão:</u> Se perdeu peso, determinar os fatores relacionados e o peso perdido, utilizando a escala de Must (Malnutrition Universal Screening Tool).</p> <p>(2 comentários/sugestões)</p>	<p>1."O tempo acho ser importante".</p> <p>2. "Determinar os fatores relacionados com a perda de peso não é uma intervenção de enfermagem. A monitorização da escala de Must é uma atividade de diagnóstico".</p>
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entende-se que não indicam ambiguidade ou dificuldade na compreensão pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.</p>	
<p><u>7.Intervenção inicial:</u> Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação.</p> <p><u>Sugestão:</u> Identificar a vontade e as capacidades/competências individuais para o autocuidado e autogestão da situação e tipo de suporte familiar.</p> <p>(1 comentário/sugestão)</p>	<p>1. "Na minha opinião agrega duas questões numa só, o que me parece complexo, à partida... Uma coisa é a volição, outra coisa são as capacidades e outra coisa são, ainda, as competências.... Acho que deveria dividir esta questão.... Parece-me uma questão extensa e, no formato que apresenta, não é uma intervenção de enfermagem, mas sim uma atividade de diagnóstico".</p>
<p>O comentário/sugestão apresentada pelo respondente, da análise efetuada, constatou-se que sugere a subdivisão da intervenção de forma a torná-la mais objetiva e menos complexa, revelando alguma dificuldade na sua compreensão e operacionalização. Uma vez que a intervenção inicial obteve consenso para inclusão na 1ª ronda (reunia todos os critérios de consenso) e após a sua modificação/reformulação resultante das sugestões/comentários dos respondentes não obteve consenso (não cumpre o critério: não existir comentários dos peritos que indiquem ambiguidade ou dificuldade na compreensão das questões) decidiu-se manter a intervenção inicial.</p>	
<p><u>8.Intervenção inicial:</u> Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e apoio social.</p> <p><u>Sugestão:</u> Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e necessidade de apoio social.</p> <p>(1 comentário/sugestão)</p>	<p>1. "Acho que a intervenção deveria ficar apenas "providenciar uma avaliação psicossocial"... Quem fizer essa avaliação saberá certamente o que avaliar... Não concordo que os aspetos a abordar na dita avaliação estejam presentes no enunciado da intervenção".</p>
<p>O comentário/sugestão apresentada pelo respondente, da análise efetuada, constatou-se que não indica ambiguidade ou dificuldade na compreensão da intervenção apenas sugere a retirada de conteúdo a avaliar (reduzir o enunciado da intervenção) pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.</p>	
<p><u>10.Intervenção inicial:</u> Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão.</p> <p><u>Sugestão:</u> Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.</p>	<p>1."Considero, que ainda falta, uma avaliação inicial assim como acompanhamento".</p> <p>2."Note-se que esta questão se assemelha muito à que refere a Escala de Must, pois esta escala implica a intervenção também da Nutricionista".</p>

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
(3 comentários/sugestões)	3. "Tiraria o "rastrear" e a "coordenação com a nutricionista". O enfermeiro tem competências para avaliar o estado nutricional do cliente que será submetido a gastrectomia no pré-operatório. Caso identifique risco de malnutrição poderá prescrever a intervenção "providenciar avaliação nutricional".
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se que não indica ambiguidade ou dificuldade na compreensão da intervenção apenas sugere que a intervenção deve ser realizada apenas pelo enfermeiro, pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.	
<p><u>11. Intervenção inicial:</u> Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar.</p> <p><u>Sugestão:</u> Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.</p> <p>(1 comentário/sugestão)</p>	1. "Tiraria a "coordenação com a nutricionista". "Justificação igual a anterior".
O comentário/sugestão apresentada pelo respondente, da análise efetuada, constatou-se que não indica ambiguidade ou dificuldade na compreensão da intervenção apenas sugere que a intervenção deve ser realizada apenas pelo enfermeiro, pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.	
<p>12. <u>Intervenção inicial:</u> Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições).</p> <p><u>Sugestão:</u> Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições) e eventuais retrocessos.</p> <p>(1 comentário/sugestão)</p>	1. "Acho o enunciado da intervenção vago. Explica objetivamente sobre o quê? Explica ou ensina? Explica o quê acerca da deglutição? Refere-se às refeições? A quê concretamente? Quantidade das refeições? Horário? Tipo de alimentos? Parece-me que da forma como está redigido, está muito ambíguo".
O comentário/sugestão apresentada pelo respondente, da análise efetuada, constatou-se que sugere ambiguidade. Uma vez que a intervenção inicial obteve consenso para inclusão na 1ª ronda (reunia todos os critérios de consenso) e após a sua modificação/reformulação resultante das sugestões/comentários dos respondentes não obteve consenso (não cumpre o critério: não existir comentários dos peritos que indiquem ambiguidade ou dificuldade na compreensão das questões) decidiu-se manter a intervenção inicial.	

No que concerne as intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato, as cinco intervenções que foram modificadas, tendo por base as sugestões e comentários da primeira ronda, cumprem os dois primeiros critérios de consenso para a inclusão. A percentagem de respostas positivas situou-se entre 89.4% e 94.8% e, para todas elas, obteve-se medianas iguais ou superiores a 4 (Tabela 13).

No entanto, algumas destas intervenções foram alvo de comentários por parte dos peritos, os quais sugeriram a ambiguidade ou dificuldade na sua compreensão. Estão nesta situação as intervenções n.º 13. “Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos em coordenação com o cirurgião responsável”, e n.º 15. “Apoiar o doente na alimentação até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância”, cujos comentários são apresentados no Quadro 17. A natureza dos comentários retira às intervenções em causa (13 e 15) a possibilidade de serem classificados como consensuais para a inclusão, pelo que será mantida a intervenção inicial.

Tabela 13 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato que foram modificadas – Consenso

Intervenção	Respostas (%) (n = 19)				
	1	2	3	4	5
13. Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos em coordenação com o cirurgião responsável.	0.0	5.3	0.0	57.9	36.8
14. Orientar o doente sobre a introdução dos alimentos em pequenas porções.	0.0	10.5	0.0	42.1	47.4
15. Apoiar o doente na alimentação até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância.	0.0	5.3	0.0	47.4	47.4
16. Providenciar e orientar sobre o plano alimentar, individualizado, elaborado com o apoio da nutricionista e/ou dietista.	0.0	5.3	0.0	42.1	52.6
17. Gerir a terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais).	0.0	5.3	5.3	36.8	52.6

Legenda:

1 = *Discordo muito* 2 = *Discordo* 3 = *Nem concordo, nem discordo* 4 = *Concordo* 5 = *Concordo muito*

As intervenções n.º 14, n.º 16 e n.º 17 reúnem todos os critérios que permitem classificá-las como tendo obtido consenso para a inclusão e, para elas, avaliou-se o nível de consenso. Os resultados que constituem a Tabela 14 permitem constatar que, nas intervenções já referidas (14, 16 e 17) verificam-se, respetivamente, quatro, cinco e cinco dos sete critérios estabelecidos para o nível elevado de consenso.

Tabela 14 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato que foram modificadas– Níveis de consenso

Intervenção	Medidas descritivas (n = 19)						
	\bar{x}	Md	Mo	S	X _{min}	X _{máx}	Q ₃ -Q ₁
13. Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos em coordenação com o cirurgião responsável.	4.26	4.00	4.00	0.73	2	5	1.00
14. Orientar o doente sobre a introdução dos alimentos em pequenas porções.	4.26	4.00	5.00	0.93	2	5	1.00
15. Apoiar o doente na alimentação até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância.	4.37	4.00	4.00	0.76	2	5	1.00
16. Providenciar e orientar sobre o plano alimentar, individualizado, elaborado com o apoio da nutricionista e/ou dietista.	4.42	5.00	5.00	0.77	2	5	1.00
17. Gerir a terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais).	4.37	5.00	5.00	0.83	2	5	1.00

Como acima referido, em cada uma das intervenções, alguns peritos (embora em número reduzido) fizeram comentários/sugestões. No quadro 17 encontram-se traduzidos os comentários/sugestões que se obteve, inerentes às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato que foram modificados, tendo por base as sugestões e comentários da primeira ronda.

Quadro 17- Análise dos comentários/sugestões às intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato que foram modificadas

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>13. <u>Intervenção inicial</u>: Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos.</p> <p><u>Sugestão</u>: Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos em coordenação com o cirurgião responsável (1 comentário/sugestão)</p>	<p>“Não concordo que o enfermeiro avalie as condições do cliente para iniciar líquidos? Que condições são essas? A questão capital centra-se na tipologia da cirurgia e se isso é uma condição, então será o médico o responsável por essa decisão. Não vejo em que medida o enfermeiro tem uma intervenção neste contexto, a menos que perceba que condições são aquelas que refere no enunciado, mas que eu não consigo equacionar”.</p>
<p>O comentário/sugestão apresentada pelo respondente, da análise efetuada, constatou-se que sugere dificuldade na compreensão da intervenção. Uma vez que a intervenção inicial obteve consenso para inclusão na 1ª ronda (reunia todos os critérios de consenso) e após a sua modificação/reformulação resultante das sugestões/comentários dos respondentes não obteve consenso (não cumpre o critério: não existir comentários dos peritos que indiquem ambiguidade ou</p>	

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>dificuldade na compreensão das questões) decidiu-se manter a intervenção inicial. Esta situação retira à intervenção (sugestão) em causa a possibilidade de ser classificado como consensual para a inclusão.</p>	
<p>14. <u>Intervenção inicial</u>: Iniciar a introdução dos alimentos em pequenas porções gradualmente</p> <p><u>Sugestão</u>: Orientar o doente sobre a introdução dos alimentos em pequenas porções (2 comentários/sugestões)</p>	<p>1."Fico na dúvida se será correto usar "doente" enquanto cliente de enfermagem".</p> <p>2. "Intervenção em colaboração com a Nutricionista e médico/cirurgião assistente".</p>
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se, que não indica ambiguidade ou dificuldade na compreensão da intervenção. Em parte, confirma a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem, salvaguardando a possível colaboração da Nutricionista, pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.</p>	
<p>15. <u>Intervenção inicial</u>: Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia</p> <p><u>Sugestão</u>: Apoiar o doente na alimentação até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância. (2 comentários/sugestões)</p>	<p>1. "Esta intervenção está, para mim, mal redigida... Não entendo o que é isso de "apoiar o doente na alimentação até ser capaz de realizar seis pequenas refeições..." Apoiar em quê? em que medida? No âmbito do conhecimento? ou no âmbito da gestão de sinais e sintomas como a dor abdominal, a náusea, o vômito, o enfartamento pós-prandial? Não entendo de todo esta intervenção. Muito vaga".</p> <p>2."Apoiar e incentivar/estimular".</p>
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se que sugere dificuldade na compreensão da intervenção, pois o comentário sugere a especificação de todas as medidas a implementar para apoiar o doente, as quais serão determinadas por cada enfermeiro face à situação concreta do doente. Uma vez que a intervenção inicial obteve consenso para inclusão na 1ª ronda (reunia todos os critérios de consenso) e após a sua modificação/reformulação resultante das sugestões/comentários dos respondentes não obteve consenso (não cumpre o critério: não existir comentários dos peritos que indiquem ambiguidade ou dificuldade na compreensão das questões) decidiu-se manter a intervenção inicial. Esta situação retira à intervenção (sugestão) em causa a possibilidade de ser classificado como consensual para a inclusão.</p>	
<p>16. <u>Intervenção inicial</u>: Elaborar um plano alimentar individualizado (elaborado em complementaridade).</p> <p><u>Sugestão</u>: "Providenciar e orientar sobre o plano alimentar, individualizado, elaborado com o apoio da nutricionista e/ou dietista". (1 comentário/sugestão)</p>	<p>1. "Deve-se evitar dois tipos de ação na mesma intervenção, até porque pode cumprir uma e não cumprir a outra... Devem, por isso, ser individualizadas "providenciar" e "orientar".</p>
<p>O comentário/sugestão apresentada pelo respondente, da análise efetuada, constatou-se, que não indica ambiguidade ou dificuldade na compreensão da intervenção, apenas sugere dificuldade na concretização e avaliação da intervenção e não na compreensão da intervenção, pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.</p>	
<p>17. <u>Intervenção inicial</u>: Administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada</p>	<p>1."Da minha experiência não é o enfermeiro que gere a terapia nutricional parenteral... A intervenção do enfermeiro passa por administrar a terapia nutricional prescrita. Pode, claramente,</p>

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
para atender às suas necessidades nutricionais).	referenciar ao médico ou nutricionista, aspetos afetos a esta parte, mas não me parece que é o enfermeiro a gerir este aspeto”.
<u>Sugestão:</u> Gerir a terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais)”. (2 comentários/sugestões)	2. “Intervenção interdependente”.
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se, que não indica ambiguidade ou dificuldade na compreensão da intervenção, apenas reforça a posição de não concordância com a intervenção, pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.	

Relativamente às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para regresso a casa, as duas que foram modificadas, considerando as sugestões e comentários da 1ª ronda obtiveram percentagens de respostas positivas superiores a 75% e medianas superiores a 4. As percentagens de respostas 4 ou 5 variaram entre 84.2% e 89.5%, ou seja, as duas intervenções reuniram todos os critérios que permitem classificá-las como consensuais para a inclusão (Tabela 15).

Tabela 15 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que foram modificadas - Consenso

Intervenções de enfermagem	Respostas (%) (n = 19)				
	1	2	3	4	5
18. Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) e procurar ajuda o mais precocemente possível.	0.0	5.3	5.3	26.3	63.2
19. Ensinar o doente a posicionar-se de preferência sentado ou em semi-fowler durante as refeições.	0.0	5.3	10.5	26.3	57.9

Legenda:

1 = Discordo muito 2 = Discordo 3 = Nem concordo, nem discordo 4 = Concordo 5 = Concordo muito

Uma vez que se observou consensualidade das intervenções referidas anteriormente, procedeu-se à avaliação do respetivo nível de consenso. Para ambas, as intervenções, verificaram-se cinco dos sete critérios inerentes ao nível de consenso elevado (Tabela 16).

Tabela 16 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que foram modificadas – Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas (n = 19)						
	\bar{x}	Md	Mo	S	x_{\min}	x_{\max}	Q_3-Q_1
18. Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) e procurar ajuda o mais precocemente possível.	4.47	5.00	5.00	0.84	2	5	1.00
19. Ensinar o doente a posicionar-se de preferência sentado ou em semi-fowler durante as refeições.	4.37	5.00	5.00	0.90	2	5	1.00

Mais uma vez, em cada uma das intervenções, surgiram comentários/sugestões. O Quadro 18 revela os comentários/sugestões efetuados e inerentes às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório, preparação para o regresso a casa, tendo sido estas modificadas, tendo por base as sugestões e comentários da 1ª ronda.

Quadro 18 - Análise dos Comentários/sugestões às intervenções de enfermagem no período pós-operatório preparação para o regresso a casa que foram modificadas

Intervenções de Enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>18. <u>Intervenção inicial</u>: Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...).</p> <p><u>Sugestão</u>: Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) e procurar ajuda o mais precocemente possível.</p> <p>(1 comentário/sugestão)</p>	<p>1"Agrega vários clientes na mesma intervenção. Deve ensinar ao doente (uma intervenção) e ensinar à família (outra intervenção). Ensinar sobre sinais e sintomas que justificam a procura de recursos de saúde é outra intervenção ou, no limite, uma atividade que concretiza a intervenção major".</p>
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se, que não indica ambiguidade ou dificuldade na compreensão da intervenção, considera-se uma observação/aspecto a ter em atenção, pelo que reúne todos os critérios que permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão da intervenção, após sua modificação.</p>	
<p>19. <u>Intervenção inicial</u>: Ensinar o doente para posicionar-se em semi-fowler durante as refeições.</p> <p><u>Sugestão</u>: Ensinar o doente a posicionar-se de preferência sentado ou em semi-fowler durante as refeições.</p> <p>(2 comentários/sugestões)</p>	<p>1."Ensinar, incentivar, estimular realizar marcha após as refeições".</p> <p>2."Durante as refeições e após as refeições. Deve evitar deitar-se após as refeições".</p>
<p>Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se que não indicam ambiguidade ou dificuldade na compreensão, sendo que os comentários reforçam a pertinência da intervenção pelo que reúne todos os critérios que a permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão, após modificação.</p>	

Intervenções que emergiram da 1ª ronda

As Intervenções de enfermagem que emergiram das sugestões apresentadas pelos peritos na 1ª ronda referem-se ao período pós-operatório - preparação para o regresso a casa. Observando os dados apresentados na Tabela 17, constata-se que as percentagens de respostas positivas (4 ou 5) variaram entre 84.2% e 89.5%, logo superiores a 75% e, em todas as intervenções, os valores medianos foram iguais a 5.

Tabela 17 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório-preparação para o regresso a casa que emergiram da 1ª ronda– Consenso

Intervenções de enfermagem	Respostas (%) (n = 19)				
	1	2	3	4	5
20. Avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica.	0.0	10.5	5.3	31.6	52.6
21. Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.	0.0	10.5	0.0	31.6	57.9
22. Assegurar a continuidades de cuidados na comunidade após o regresso a casa.	0.0	5.3	5.3	21.1	68.4

Legenda:

1 = *Discordo muito* 2 = *Discordo* 3 = *Nem concordo, nem discordo* 4 = *Concordo* 5 = *Concordo muito*

Estes resultados cumprem com os primeiros critérios de consenso para a sua inclusão, contudo, verifica-se que os peritos fizeram comentários que não permitiram considerar esse consenso para a intervenção n.º 21 “Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica” (Quadro n.º 19). Também não apresenta consenso para a sua exclusão, pelo que foi considerado sem consenso, de seguida, proposta para a 3ª ronda. Para a intervenção n.º 20 e para a intervenção n.º 22 foi avaliado o nível de consenso. Verifica-se então que, ambas cumprem cinco dos sete critérios estabelecidos para o nível de consenso elevado e, como tal foram classificadas neste nível (Tabela 18).

Tabela 18 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que emergiram da 1ª ronda – Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas (n = 19)						
	\bar{x}	Md	Mo	S	x_{\min}	x_{\max}	Q_3-Q_1
20. Avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica.	4.26	5.00	5.00	0.99	2	5	1.00
21. Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.	4.37	5.00	5.00	0.96	2	5	1.00
22. Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade após o regresso a casa.	4.53	5.00	5.00	0.84	2	5	1.00

Em cada uma das intervenções foram efetuados alguns comentários/sugestões pelos peritos. No quadro 19 encontram-se evidenciados os comentários/sugestões que obtidos na 1ª ronda e inerentes às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa.

Quadro 19 - Análise dos Comentários/sugestões às intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa que emergiram da 1ª ronda

Intervenções de enfermagem	Comentários/Sugestões
20. Avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica. (2 comentários/sugestões)	1. "Agrega dois aspetos diferentes na mesma atividade de diagnóstico "consciencialização" e "significados". 2. "A consciencialização avalia-se para a situação de mudança em concreto. Por exemplo para a necessidade de alteração do regime dietético. O significado atribuído também... pode ser face a doença ou mudanças".
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se que não indicam ambiguidade ou dificuldade na compreensão, e apesar de agregar 2 aspetos diferentes "consciencialização" e "significados" entende-se que a avaliação de um aspeto pressupõe a avaliação do outro. Assim, a intervenção reúne todos os critérios que a permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão.	
21. Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica. (2 comentários/sugestões)	1. "É uma atividade de diagnóstico e não uma intervenção". 2. "Reconsiderar questões anteriores. Ao considerar aspetos psicossociais já está a considerar fatores dificultadores ou facilitadores. Clarificar ou especificar dentro desta intervenção o que pretende avaliar".
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, constatou-se que sugere dificuldade na compreensão da intervenção, dado que o respondente pede para "clarificar" e dá a entender que algumas intervenções anteriores já contemplam esta intervenção. Uma vez que a intervenção não obteve consenso (não cumpre o critério: não existir comentários dos peritos que indiquem ambiguidade ou dificuldade na compreensão das questões) retira à intervenção em causa a possibilidade de ser classificado como consensual para a inclusão. Assim, e em conformidade com os critérios definidos, consideramos ser um critério sem consenso e decidiu-se reformulá-la de forma	

Intervenções de enfermagem	Comentários/Sugestões
<p>a contemplar as sugestões fornecidas, o que deu origem a duas intervenções, a propor para a 3ª ronda.</p> <p>“Promover os fatores facilitadores (Ex. acompanhamento familiar...) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica”.</p> <p>“Minimizar os fatores e dificultadores (Ex. dor, readaptação aos novos hábitos alimentares) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica”.</p>	
<p>22. Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade após o regresso a casa.</p> <p>(1 comentário/sugestão)</p>	<p>1. “Fico na dúvida se isto pode ser assumido como uma intervenção, já que é uma obrigação ética a que o enfermeiro está obrigado (é como p.e: executar tratamento com técnica asséptica)”.</p>
<p>O comentário/sugestão apresentada pelo respondente, da análise efetuada, constatou-se que não sugere ambiguidade nem dificuldade na compreensão, apenas releva que o respondente tem dúvidas se a intervenção deve ser considerada, visto ser uma intervenção geral, ou seja, não específica do doente gastrectomizado, pelo que reúne todos os critérios que a permite classificar como tendo obtido consenso para a inclusão.</p>	

No que se refere à última questão do questionário: Comentários Finais, não se obteve qualquer contributo.

Encontrando o consenso das intervenções de enfermagem: 3ª Ronda *Delphi*

A terceira ronda do painel de peritos acontece, uma vez que na segunda ronda não foi obtido o consenso em todas as intervenções (Chalmers & Armour, 2019; Polit & Beck, 2017; Scarparo et al., 2012; Wright & Giovinazzo, 2000). Ou seja, nesta terceira ronda, procurou-se encontrar o consenso das intervenções que não o obtiveram na segunda ronda, propondo intervenções modificadas, tendo por base os comentários/sugestões apresentados pelos peritos. Neste sentido, nesta ronda, devolveu-se os resultados globais da segunda aos peritos, representados estatisticamente, e deu-se conhecimento das suas opiniões, tal como preconizado na utilização da técnica de Delphi, sugerindo a sua leitura prévia à resposta ao 3º questionário.

Nesta terceira ronda teve-se como objetivos: conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia, por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, que não obtiveram consenso na segunda ronda, após a sua modificação. A questão que norteou a terceira fase do percurso desta técnica foi a mesma da primeira e da segunda fases: Quais as intervenções de enfermagem indicadas, para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos?

Amostra

Nesta última ronda, à semelhança da anterior, enviou-se o questionário por correio eletrónico a todos os peritos, ou seja, aos 43 peritos que deram o seu consentimento informado para participação do estudo e que responderam ao questionário na 1ª ronda. Nesta ronda, responderam ao questionário 21 peritos que, em termos percentuais, representam uma taxa de resposta de cerca de 48,9% e de abstenção de 51,1%. É de realçar que, comparativamente à 2ª ronda de aplicação de questionários, obteve-se um acréscimo de respostas em cerca de 4,7%.

Para Keeney et al. (2011) de forma a obter consenso, é importante que os membros do painel que concordaram em participar permaneçam envolvidos, até que o processo seja concluído. Contudo, é comum que se verifique um declínio na taxa de respostas, sendo que as taxas de respostas baixas sejam uma característica das rondas finais do Delphi, motivo pela qual alguns investigadores defendam a realização de duas a três rondas, somente (Keeney et al., 2011).

Instrumento de colheita de dados

Nesta 3ª ronda, manteve-se o questionário online, utilizando a ferramenta disponível no Google Docs. Apresentou-se as intervenções de enfermagem que, na 2ª ronda, não obtiveram consenso, após a sua modificação, de forma a conhecer o nível de concordância dos peritos, tal como preconizam Chalmers e Armour (2019), Keeney et al. (2011) e Scarparo et al. (2012). O questionário que se utilizou foi organizado seguindo a mesma metodologia das rondas anteriores. Elaborou-se uma pequena introdução, na qual, de forma sintética, se apresentou os resultados do grupo, obtidos na ronda anterior, para que todos os peritos tomassem conhecimento dos resultados globais, representados estatisticamente, definindo-se ainda os objetivos desta ronda e relembrando as instruções de preenchimento. Em relação ao layout, foram realizadas pequenas alterações, uma vez que o questionário era mais reduzido.

Quanto ao instrumento utilizado, à semelhança do primeiro e do segundo, optou-se por apresentá-lo em duas partes: a primeira parte do questionário referiu-se aos dados de caracterização, sendo constituído por quatro questões, referentes à idade, zona geográfica onde exerce a atividade, categoria profissional e experiência profissional; a segunda parte do questionário foi constituída por sete questões, no sentido de obter o consenso para inclusão ou exclusão das intervenções que não obtiveram consenso na 2ª ronda. No final do questionário, manteve-se um espaço para comentários finais. À semelhança do primeiro e

segundo questionário recorreu-se à escala de Likert de 5 pontos, para solicitar a opinião dos peritos. Agradeceu-se a colaboração, assegurando que, após a análise dos dados, os resultados ser-lhes-iam fornecidos (Apêndice X - Questionário da 3ª Ronda Delphi).

Procedimento de colheita de dados

A 3ª ronda decorreu entre os dias dezanove e trinta e um de outubro de 2018. A metodologia de colheita de dados foi semelhante à realizada nas rondas anteriores. Como já mencionado, os questionários foram enviados por correio eletrónico para os 43 peritos que consentiram participar no estudo na 1ª ronda. À semelhança do sucedido nas rondas anteriores, através da ferramenta Google Docs®, foi possível monitorizar todo o processo.

Procedimentos de tratamento e análise dos dados

Para o tratamento e análise dos dados recolhidos na presente ronda, foram utilizados os critérios e níveis de consenso utilizados nas anteriores e apresentados no Quadro 10 e Quadro 11, sendo que os mesmos foram aplicados a cada uma das seis intervenções incluídas neste 3º questionário da técnica de Delphi. Os dados quantitativos, assim como os comentários/sugestões foram tratados e analisados de igual forma aos das ronda 1ª e 2ª.

Relatório síntese da 3ª ronda de *Delphi*

No que concerne as características socioprofissionais, os dados e resultados que constituem a Tabela 19, permitem constatar que os 21 peritos que colaboraram nesta terceira ronda apresentavam idades compreendidas entre os 29 e os 62 anos, sendo a idade média de 39.86 anos, com desvio padrão de 9.21 anos. Metade dos elementos do painel apresentou idades iguais ou superiores a 37 anos.

Relativamente à zona geográfica em que os profissionais exerciam a sua atividade profissional, verifica-se que a maioria (38.1%) referiram a Madeira, seguidos dos Açores (23.8%). A maioria dos profissionais que integraram o painel de peritos, concretamente 76.2%, pertencia à categoria de Enfermeiro. Quanto ao tempo de experiência profissional na área em estudo, verifica-se que foram referidos valores entre 6 e 30 anos, sendo o valor médio 13.34 anos, com desvio padrão 5.18 anos. Metade dos profissionais tinha tempo de experiência igual ou superior a 12.08 anos.

Tabela 19 - Características socioprofissionais (3º ronda de Delphi)

Variável	n	%
Grupo etário		
< 30	1	4.8
[30 – 40[	11	52.4
[40 – 50[	5	23.8
≥ 50	4	19.0
$\bar{x} = 39.86$; Md = 37.00; s = 9.21; $x_{\min} = 29$; $x_{\max} = 62$		
Zona geográfica onde exerce atividade		
Açores	5	23.8
Lisboa	3	14.3
Madeira	8	38.1
Porto	5	23.8
Categoria profissional		
Enfermeiro	16	76.2
Enfermeiro Especialista	0	0.0
Enfermeiro Chefe	4	19.0
Assistente	0	0.0
Professor Adjuto	1	4.8
Professor Coordenador	0	0.0
Tempo de experiência profissional na área em estudo (anos)		
[5 – 10[	9	42.9
[10 – 15[	4	19.0
[15 – 20[	3	14.3
≥ 20	5	23.8
$\bar{x} = 13.34$; Md = 12.08; s = 5.18; $x_{\min} = 6.00$; $x_{\max} = 21.00$		

Análise dos critérios de consenso e dos correspondentes níveis de consenso

Neste subcapítulo, apresenta-se os resultados e respetiva análise, obtidos na 2ª parte do questionário, correspondendo às intervenções sem consenso nas rondas anteriores. Os dados que constam da Tabela 20 permitem constatar que todas as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas nos períodos pós-operatório imediato/mediato e no pós-operatório – preparação para o regresso a casa, apresentaram percentagem de respostas superiores a 75.0% nas alternativas 4 e 5, correspondentes, respetivamente, ao “Concordo” e ao “Concordo muito”. Estes valores variaram entre 76.2% e 100.0%. Atendendo aos critérios de consenso definidos com base em Sousa (2006), conclui-se que todas as intervenções cumprem os critérios de inclusão (percentagem de respostas positiva superiores a 75% e mediana igual ou superior a 4).

Tabela 20 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa que não obtiveram consenso na 2ª ronda - Consenso

Intervenções de enfermagem	Respostas (%)				
	1	2	3	4	5
1. Administrar, se prescrito e de acordo com os valores analíticos, vitamina B ₁₂ se doente submetido a uma gastrectomia total.	4.8	0.0	14.3	33.3	47.6
2. Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples.	0.0	0.0	0.0	38.1	61.9
3. Orientar para que as refeições contenham mais alimentos secos, optando por tomar líquidos no intervalo das refeições.	0.0	0.0	4.8	42.9	52.4
4. Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total).	0.0	0.0	0.0	38.1	61.9
5. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição (durante 20 a 30 min.) até o doente não apresentar alterações gástricas.	0.0	4.8	19.0	28.6	47.6
6. Promover os fatores facilitadores (Ex. acompanhamento familiar...) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.	0.0	0.0	4.8	23.8	71.4
7. Minimizar os fatores dificultadores (Ex. dor, readaptação aos novos hábitos alimentares) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.	4.8	4.8	0.0	23.8	66.7

Legenda:

1 = Discordo muito 2 = Discordo 3 = Nem concordo, nem discordo 4 = Concordo 5 = Concordo muito

Tendo presente a conclusão a que se chegou na análise da tabela anterior e, considerando os resultados apresentados na Tabela 21, pode-se avaliar o nível de consenso em cada uma das intervenções. Verifica-se que nenhuma das intervenções apresenta um nível de consenso perfeito, mas as intervenções n.º 2, n.º 3, n.º 4 e n.º 6 cumprem todos os critérios para serem classificadas como tendo um nível de consenso elevado. Considera-se, também, neste nível, as intervenções n.º 7 e a n.º 1 por verificarem, respetivamente, cinco e quatro dos sete critérios que definem o nível elevado. A intervenção n.º 5 foi considerada como tendo um nível de consenso moderado por cumprir quatro dos sete critérios necessários para este nível.

Relembra-se que os níveis de consenso, para inclusão foram definidos em: Consenso Perfeito, quando todos os participantes concordavam completamente (concordo muito – score 5) com a questão; Consenso Elevado, quando a intervenção reunia os critérios de inclusão definidos e apresentava a Média ≥ 4 , Mediana > 4 , Moda = 5, Desvio padrão $< 15\%$ da média, Valor máximo = 5, Valor mínimo ≥ 3 e Amplitude interquartilica ≤ 1 ; e Consenso Moderado, quando a intervenção reunia os critérios de inclusão definidos e apresentava $3 \leq$ Média < 4 , 3

< Mediana ≤ 4, Moda = 4, Desvio padrão ≥ 15% da média, Valor máximo = 5, Valor mínimo ≥ 3 e 1 < Amplitude interquartilica ≤ 2.

Tabela 21 - Intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato e preparação para o regresso a casa que não obtiveram consenso na 2^o ronda - Níveis de Consenso

Intervenções de enfermagem	Medidas descritivas						
	\bar{x}	Md	Mo	s	x_{\min}	x_{\max}	Q_3-Q_1
1. Administrar, se prescrito e de acordo com os valores analíticos, vitamina B ₁₂ se doente submetido a uma gastrectomia total.	4.19	4.00	5.00	1.03	1.00	5.00	1.00
2. Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples.	4.62	5.00	5.00	0.50	4.00	5.00	1.00
3. Orientar para que as refeições contenham mais alimentos secos, optando por tomar líquidos no intervalo das refeições.	4.48	5.00	5.00	0.60	3.00	5.00	1.00
4. Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total).	4.62	5.00	5.00	0.50	4.00	5.00	1.00
5. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição (durante 20 a 30 min.) até o doente não apresentar alterações gástricas.	4.19	4.00	5.00	0.93	2.00	5.00	1.50
6. Promover os fatores facilitadores (Ex. acompanhamento familiar...) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.	4.67	5.00	5.00	0.58	3.00	5.00	1.00
7. Minimizar os fatores dificultadores (Ex. dor, readaptação aos novos hábitos alimentares) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.	4.43	5.00	5.00	1.08	1.00	5.00	1.00

No que se refere à última questão do questionário, relativa aos comentários finais, não foi obtida qualquer resposta.

Análise dos resultados globais obtidos através da técnica de *Delphi*

Como tem-se vindo a referir, a técnica de Delphi constituiu a fase I do percurso metodológico deste estudo. A utilização desta técnica teve como objetivo reunir o consenso dos peritos acerca das intervenções de enfermagem, que devem constar do programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia, por cancro gástrico.

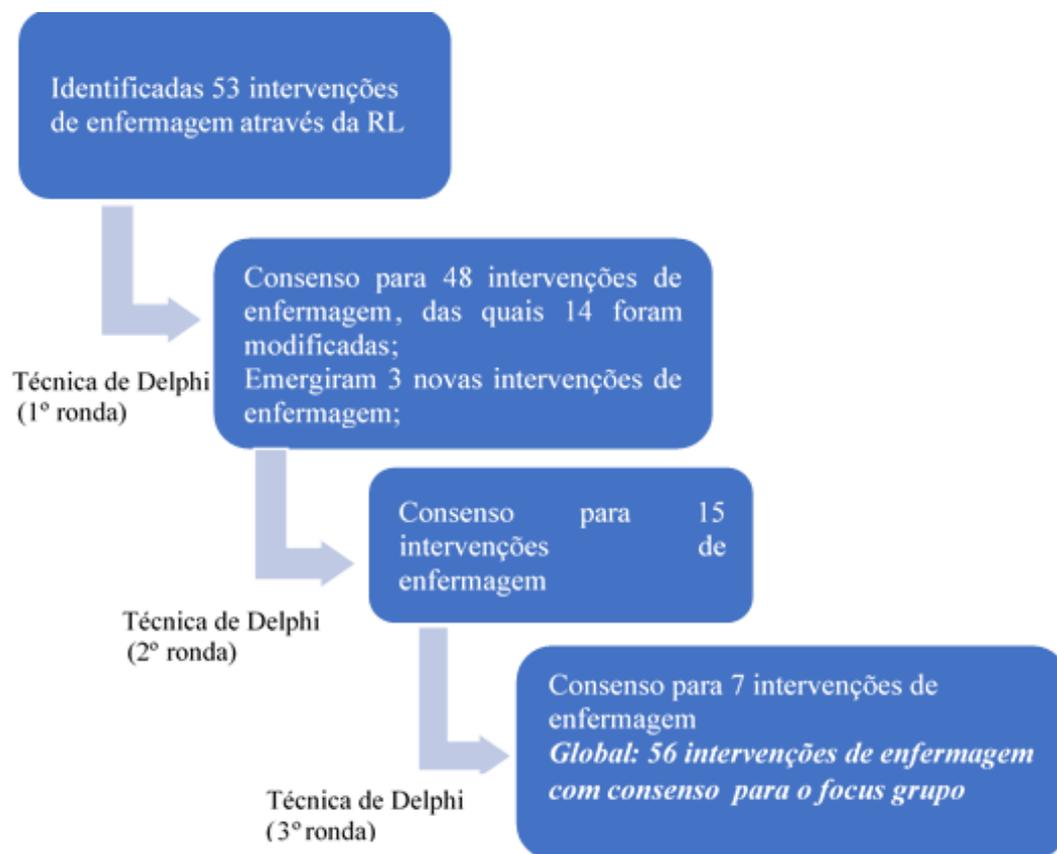
A técnica Delphi foi precedida de uma fase preliminar na qual se realizou uma RSL e uma RIL, as quais deram origem a uma listagem de 53 intervenções de enfermagem indicadas para apoiar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos. Não obstante, a relevância da informação anteriormente obtida, a opinião de peritos sobre o nível de concordância que estes atribuíam às intervenções de enfermagem, previamente identificadas, demonstrou-se crucial no desenvolvimento do programa, assim como os seus comentários e sugestões.

Recorda-se que, a partir das revisões realizadas, organizou-se as intervenções de enfermagem em dois momentos distintos: período pré-operatório e período pós-operatório, incluindo este último o pós-operatório imediato/mediato e a preparação do doente para o regresso a casa, sendo esta a organização utilizada na técnica de Delphi. Todo o processo associado à utilização desta técnica foi extremamente enriquecedor para o estudo, uma vez que os peritos participaram ativamente, comentaram, permitindo ajustar/adequar/modificar a listagem inicial das intervenções de enfermagem, o que é coerente com a técnica utilizada, pois possibilita a agregação de um conjunto de opiniões de especialistas, que atuam em diferentes contextos e que se encontram dispersos geograficamente, tendo como meta a compreensão e a busca de consensos sobre temas complexos (Chalmers & Armour, 2019; Keeney et al., 2011; Marques & Freitas, 2018; Scarparo et al., 2012;).

Trabalhou-se com os peritos, no sentido de analisar o nível de concordância para inclusão ou exclusão de cada uma das intervenções de enfermagem, até se chegar a um consenso. Consenso este que não significa que a resposta correta tenha sido encontrada, mas sim que o consenso foi alcançado entre este painel de peritos (Keeney et al., 2011).

Salienta-se ainda que, das 53 intervenções de enfermagem iniciais, atingido o fim da 1ª ronda, obteve-se consenso para 48 intervenções, emergindo 3 novas intervenções de enfermagem. Contudo, tendo por base as sugestões e comentários dos peritos, 14 intervenções foram modificadas, em termos de semântica, no sentido de obter o consenso para a sua inclusão após modificação. Assim, foram submetidas à 2ª ronda 22 intervenções de enfermagem, sendo obtido consenso para 15. Foram submetidas à 3ª ronda 7 intervenções que obtiveram consenso. No esquema seguinte, apresenta-se uma breve síntese das três rondas (Figura 6).

Figura 6- - Síntese dos resultados obtidos nas três rondas da técnica de Delphi



Ao fim das três rondas Delphi, resultou a versão final da listagem das 56 intervenções de enfermagem que devem constar do programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, que se apresenta no Quadro 20. Para o sucesso deste processo, parece ter sido relevante a inclusão dos peritos na área em estudo, assente em critérios de inclusão muito objetivos, uma escolha criteriosa, a importância da problemática e o meio utilizado na colheita de dados.

Quadro 20 - Intervenções de enfermagem resultante da Técnica de Delphi

Intervenções de Enfermagem-período pré-operatório
Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia.
Determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatórios.
Identificar o <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia (história do doente).
Determinar que mudanças ocorreram nos hábitos alimentares (apetite, náuseas e vômitos).
Determinar se o doente tolera uma dieta completa ou se tem intolerância alimentar.
Determinar quais os alimentos preferidos e não preferidos (restrições alimentares religiosas ou outras).
Determinar se o doente perdeu peso.
Se perdeu peso, determinar os fatores relacionados e o peso perdido, utilizando a escala de Must [®] . (Malnutrition Universal Screening Tool).
Identificar histórias de tabagismo e alcoolismo.
Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação.
Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e necessidade de apoio social.
Avaliar peso e altura e calcular o IMC.
Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.
Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.
Explicar ao doente os procedimentos pré e pós-operatórios.
Explicar ao doente a necessidade de colocação da SNG.
Explicar ao doente a necessidade de líquidos E.V.
Explicar ao doente a necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório.
Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições).
Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (p. ex.: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional).
Promover cuidados de higiene oral.
Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos.
Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida.
Orientar o doente sobre a introdução dos alimentos em pequenas porções.
Orientar o doente sobre o aumento gradual da quantidade de alimentos a ingerir, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância.
Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia.
Vigiar sinais de saciedade precoce e regurgitação.
Vigiar sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral.
Vigiar o peso.

Providenciar e orientar sobre o plano alimentar, individualizado, elaborado com o apoio da nutricionista e/ou dietista.
Gerir a terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais).
Administrar, de acordo com os valores analíticos, vitamina B ₁₂ se doente submetido a uma gastrectomia total.
Intervenções de Enfermagem-período pós-operatório - preparação para o regresso a casa
Reavaliar a capacidade do doente para participar no seu autocuidado/autogestão.
Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de <i>dumping</i> ...).
Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (p. ex.: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) e procurar ajuda o mais precocemente possível.
Informar o doente que os sintomas tendem a desaparecer após meses.
Ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida: comer fora/lugares público, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho.
Ensinar o doente a realizar a sua gestão nutricional.
Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples.
Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos em cada refeição, de acordo com a sua tolerância.
Evitar os líquidos na hora das refeições (podem ser ingeridos até 1 hora antes e depois).
Orientar sobre os métodos de preparação e cozedura dos alimentos.
Orientar para evitar a sacarose e glicose e que a gordura poder ser dada conforme tolerada.
Orientar para que as refeições contenham mais alimentos secos, optando por tomar líquidos no intervalo das refeições.
Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos.
Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total)".
Ensinar o doente a posicionar-se de preferência sentado ou em <i>semi-fowler</i> durante as refeições.
Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição (durante 20 a 30 min.) até o doente não apresentar alterações gástricas.
Orientar/solicitar a colaboração da nutricionista aquando a alta.
Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar.
Educar o doente para monitorizar o peso regularmente (p.ex. semanalmente).
Providenciar instruções por escrito (folheto, panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos.
Avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica.
Promover os fatores facilitadores (Ex. acompanhamento familiar...) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.
Minimizar os fatores dificultadores (Ex. dor, readaptação aos novos hábitos alimentares) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica
Assegurar a continuidades de cuidados na comunidade após o regresso a casa.

Concluída esta primeira fase metodológica do estudo, em que se obteve o consenso das intervenções de enfermagem que devem integrar o programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, considerou-se ser importante, na fase II do desenvolvimento metodológico, realizar uma adequação da nomenclatura das intervenções, utilizando como referencial a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Neste sentido, numa primeira etapa, o investigador procedeu a uma adequação das intervenções de enfermagem à linguagem CIPE e, posteriormente, submeteu-a a validação com recurso a um Focus Group.

2 Fase II - Reunindo o consenso sobre a nomenclatura da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE): *Focus Group*

Como referido, no final do capítulo anterior, após obter o consenso das intervenções de enfermagem, realizou-se uma adequação prévia à linguagem classificada, utilizando, como mencionado, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como referencial. A organização das intervenções de enfermagem numa linguagem classificada e comum à classe profissional deveu-se ao facto da CIPE, ser uma terminologia que representa o que os enfermeiros observam, diagnosticam, as ações que empreendem e os resultados que avaliam sensíveis aos cuidados de enfermagem (Barra & Sasso, 2012; Figueira *et al.*, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2016), com possíveis repercussões nos sistemas de informação dos serviços. Pois, possui uma forma robusta e sólida para o desenvolvimento do processo de enfermagem informatizado capaz de apoiar o enfermeiro na tomada de decisão, de melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Paese *et al.*, 2018) permitindo ainda comparar as atividades em contextos distintos e, geograficamente dispersos (Barra & Sasso, 2012; Figueira *et al.*, 2018).

Este trabalho foi desenvolvido durante cerca de três semanas pelo investigador, no sentido de partir para o *focus group* já com uma proposta de sistematização prévia das intervenções de enfermagem. A técnica do *focus group*, surge na 2ª fase do desenvolvimento metodológico deste estudo, no sentido de promover uma discussão, presencial, para validação da nomenclatura atribuída, pelo investigador, a cada intervenção de enfermagem utilizando como referencial/guia orientador o catálogo da International Council of Nurses (ICN), versão 2017.

O propósito desta fase da investigação e as condições logísticas para a sua realização, nomeadamente o acesso aos participantes, fez com que se considerasse a técnica do *focus group*, como estratégia metodológica apropriada para aceder, de forma coletiva e de modo mais célere, às opiniões dos peritos na área da utilização da linguagem CIPE (Baribeau & Germain, 2010; Galego & Gomes, 2005; Krueger & Casey, 2015; Longo & Fernandes, 2014; Morgan, 2019).

Historicamente, o *focus group*, encontra as suas origens em Robert King Merton, no ano de 1941, tornando-se conhecida por investigadores da área de ciências sociais na década de 80, estendendo-se à enfermagem na década de 90 e, evidenciando-se pela sua potencialidade para a compreensão dos fenómenos, tanto a nível do cuidado em enfermagem, quer do ensino (Aschidamini & Saupe, 2004; Baribeau & Germain, 2010; Galego & Gomes, 2005; Longo & Fernandes, 2014; Munaretto *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2014; Smithson, 2008). Um dos aspetos diferenciador do *focus group* é o facto de atender às opiniões, ideias, observações dos participantes na interação com os outros, ou seja, existe “*Insigh*” por meio da troca de experiências e opiniões dos participantes (Morgan, 2019; Munaretto *et al.*, 2013).

Corroborando alguns dos autores anteriores, para Krueger e Casey (2015), o *focus group*

“isn’t just getting a bunch of people together to talk (...) is a special type of group in terms of purpose, size, composition, and procedure. The purpose of conducting a focus group is better understand how people feel or think about an issue, idea, product, or service” (p.2).

Partindo da evidência científica, e tendo por base o estudo de Silva *et al.*, (2014) organizou-se os principais aspetos considerados nucleares para a implementação desta fase da investigação, com recurso à técnica do *Focus Group*, em cinco etapas nucleares: planeamento, preparação, moderação, análise dos dados e divulgação dos resultados, que se passa a apresentar.

Planeamento

Nesta fase, existem várias questões que devem ser pensadas e às quais se torna necessário dar resposta. Estas encontram-se relacionadas, particularmente, com os seguintes aspetos: “Quais são os objetivos orientadores da realização da investigação em geral e do *focus group*, em particular? Qual a estrutura do guião de entrevista? Quem deverão ser os participantes? Qual o tamanho desejado para os grupos? Quantos grupos?” (Silva *et al.*, 2014, p.180). A

fase do planeamento deve iniciar-se e sustentar-se nos objetivos da investigação e do *focus group*, dado que as opções/decisões subseqüentes dependem dos mesmos.

Partindo do objetivo geral da presente investigação, o objetivo da técnica *focus group* consistiu em validar a nomenclatura CIPE atribuída pelo investigador a cada intervenção de enfermagem, resultante da RIL e do estudo de consensos (técnica de *Delphi*), tendo como finalidade disponibilizar o programa de intervenção para implementação tanto no âmbito regional como nacional, com recurso às aplicações informáticas e linguagem classificada em uso na grande maioria das instituições de saúde. Foram quatro os objetivos específicos: validar as regras dos enunciados de enfermagem segundo a terminologia CIPE; confirmar a essência das intervenções originais obtidas através da técnica de *Delphi*; identificar a harmonia e coerência da terminologia; e validar o potencial para a adaptação ao sistema informático em vigor no Sistema Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, EPERAM).

A CIPE® corresponde a uma terminologia padronizada, resultante de consensos, que resultou do reconhecimento, por parte de um grupo de visionários, da importância da Enfermagem ter uma forma padronizada de recolher informações e de comparar a prática em diferentes contextos e regiões, sendo capaz de gerar dados fiáveis e válidos acerca do trabalho de Enfermagem e “representa o que os enfermeiros observam (diagnósticos e resultados de Enfermagem), bem como as ações empreendidas para resolver problemas de saúde (intervenções de Enfermagem)” (OE, 2016, p. 13).

No que concerne a estrutura do guião/tópicos da entrevista, a abordagem pode ser mais estruturada ou pouco ou nada estruturada. Optou-se por realizar as sessões moderadamente estruturadas, no sentido de, por um lado, mantermos a discussão centrada nos tópicos/questões predefinidas e, deste modo, garantir que a discussão fosse realizada no sentido da produção da informação/opinião face aos objetivos delineados e, por outro lado, permitir que os participantes apresentassem as suas perspetivas e opiniões sobre o assunto em discussão (Morgan, 2019; Silva *et al.*, 2014; Smithson, 2008) (Apêndice XI - *Focus Group* – Guia da entrevista/Guia orientador).

Na fase do planeamento, existiram ainda outros aspetos cruciais que se consideraram relacionados com os participantes, nomeadamente a sua composição, o número de grupos e a contribuição dos mesmos para a investigação, mais concretamente na efetivação do objetivo do *focus group*. À semelhança de outros métodos qualitativos, o *focus group* assentou em

amostras intencionais, em que são selecionados aqueles participantes que, à partida, se prevê que gerem discussões mais produtivas.

Por outro lado, na formação do grupo tornou-se importante atender às características comuns/semelhantes dos participantes, ou seja, ao(s) critério(s) de homogeneidade, em termos de características que interfiram na perceção do assunto em foco. Assim, considerou-se como critério de homogeneidade, atendendo ao objetivo do *focus group*, enfermeiros da prática de cuidados e que integravam o grupo de coordenação dos registos eletrónicos de enfermagem da Região Autónoma da Madeira (RAM) (Galego & Gomes, 2005; Krueger & Casey, 2015; Morgan, 2019; Silva *et al.*, 2014). Outro aspeto considerado foi o equilíbrio entre a homogeneidade e a heterogeneidade dos elementos do *focus group*, considerando assim como critérios de heterogeneidade as variáveis de caracterização: serviço onde desempenhavam funções; tempo de serviço; habilitação académica; categoria profissional; e número de anos que integram o grupo de coordenação dos registos eletrónicos de enfermagem da RAM, de forma a facilitar a aquisição de mais e diferentes pontos de vista, conciliando, desta forma, a uniformidade com a diversidade (Longo & Fernandes, 2014).

No que diz respeito ao número ideal de participantes em cada grupo, número de grupos e número de sessões a realizar, não existe consenso entre os estudiosos (Galego & Gomes, 2005; Krueger & Casey 2015; Munaretto *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2014; Smithson, 2008). Nesta investigação, considerou-se o grupo ideal aquele constituído por cinco participantes, pois torna-se importante que o grupo seja pequeno, de forma que os debates sejam mais profícuos, emergindo diversas opiniões, as quais permitam ao investigador obter maior consistência nos argumentos apresentados (Morgan, 2019).

Preparação

Na fase de preparação, considerou-se dois tipos de questões: o recrutamento dos participantes; e as condições logísticas de realização do *focus group*, como a escolha do local (Silva *et al.*, 2014). Assim, neste estudo, optou-se pelo contacto com o coordenador do grupo de coordenação dos registos eletrónicos de enfermagem da RAM (com recurso a CIPE) e solicitou-se a sua colaboração na seleção dos participantes para o *focus group*. Definiu-se ainda, que uma semana antes da realização do *focus group*, os participantes seriam contactados de forma a serem devidamente informados sobre os objetivos do estudo e as regras de participação, incluindo o tempo estimado de duração, de modo a evitar abandonos precoces aquando da discussão em grupo (via *email* e via telefónica), o que se concretizou.

Quanto à escolha do local para a realização dos *focus group*, o mesmo realizou-se em local neutro, acessível, silencioso, com condições logísticas favoráveis ao desenvolvimento das reuniões, assegurando conforto aos participantes bem como a confidencialidade da informação gerada (Krueger & Casey, 2015).

Moderação

Outro aspeto de extrema importância é a existência de um moderador e o papel a ser adotado pelo mesmo durante a realização das sessões do *focus group*. Os autores são unânimes em considerar que o moderador desempenha um papel “chave” para que se obtenha um resultado positivo e bem-sucedido, ou seja, o papel do moderador é decisivo para o sucesso da discussão em grupo (Baribeau & Germain, 2010; Galego & Gomes, 2005; Krueger & Casey, 2015; Longo & Fernandes, 2014; Morgan, 2019; Munaretto *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2014; Smithson, 2008).

Nesta investigação, o investigador assumiu o papel de moderador, pois desempenhando funções de docente há cerca de 13 anos tem vindo a desenvolver competências/aptidões comunicacionais na condução de trabalhos com grupos, indo ao encontro do defendido por vários autores (Aschidamini & Saupe, 2004; Galego & Gomes, 2005; Krueger & Casey, 2015). Neste sentido, o investigador foi um agente facilitador, ou seja, não foi um entrevistador, mas sim uma personagem que incentivou a participação de todos os participantes do grupo, promovendo a interação entre os mesmos, tendo como principais funções: apresentar de forma clara e objetiva, aos membros do grupo, o trabalho a ser desenvolvido; apresentar os temas a serem discutidos, previamente descritos no guião; conduzir a discussão de modo que ela se mantivesse dentro dos tópicos de interesse da investigação; e salientar as ideias relevantes resultantes da discussão (não fazendo julgamentos sobre as informações apresentadas) (Baribeau & Germain, 2010; Galego & Gomes, 2005; Munaretto *et al.*, 2013; Silva *et al.*, 2014; Smithson, 2008).

Foi, ainda, da responsabilidade do moderador, promover um ambiente adequado, sem pressões, de forma que os participantes se sentissem à vontade de apresentar a sua opinião, percepção, ponto de vista sobre o tema em discussão, de modo a chegarem a um “consenso”, ideia predominante ou conclusão. Ou seja, criando um “ambiente propulsor aos interesses do pesquisador, bem como dos objetivos do estudo” (Munaretto *et al.*, 2013, p.17).

Alguns autores sugerem que a existência de um observador/comoderador poderá ser útil. Assim decidiu-se, pelo envolvimento de um comoderador, que colaborou com o moderador, assegurando o funcionamento dos meios técnicos, estando atento às reações dos participantes, às condições logísticas e ao ambiente físico (Aschidamini & Saupe, 2004; Munaretto *et al.*, 2013) de forma a garantir o foco do tema em debate e a progressão dos trabalhos, tomando ainda notas, de forma a obter a concentração dos dados, registando as decisões tomadas.

Análise dos dados

Com os dados emergentes através desta técnica, passou-se para a quarta etapa do processo do *focus group*, correspondente à análise dos resultados. Os dados colhidos com a utilização da metodologia do *focus group* são de natureza qualitativa. Neste estudo, os dados obtidos foram organizados de modo a traduzir com a máxima objetividade a opinião, percepção do(s) grupo(s) em relação ao foco do estudo (Krueger & Casey, 2015; Silva *et al.*, 2014). Optou-se por tomar notas das informações que emergiram durante as reuniões e, na análise dos dados, procurou-se “tendências”, formulando conclusões e reunindo as ideias essenciais que serviram para a sustentação das mesmas. No final, realizou-se um relatório com os resultados do *focus group*, acentuando as relações entre os elementos identificados. A última fase do processo de implementação do *focus group* foi dedicada à divulgação dos resultados.

Outra dimensão que é transversal a qualquer investigação e que não pode ser esquecida, refere-se aos aspetos éticos. No caso específico do *focus group*, o cuidado iniciou-se com a seleção dos participantes até à forma como se lidou com os dados recolhidos (Galeno & Gomes, 2005; Smithson, 2008). Teve-se em consideração o cumprimento do direito à informação, ao consentimento informado, à privacidade, à confidencialidade dos dados e à autonomia, respeitando a escolha da pessoa relativamente à sua participação nesta fase do estudo. No sentido de respeitar estes princípios, após a seleção dos participantes, solicitou-se, num primeiro contacto, a sua participação no estudo. Os participantes tiveram acesso ao resumo do estudo, juntamente com a clarificação do pretendido com a sua participação, terminando com a solicitação do seu consentimento livre e esclarecido (Apêndice XII - Carta de informação ao participante e Consentimento informado). Também, se assegurou a participação voluntária, salvaguardando o direito à recusa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, o que ficou explícito no referido termo de consentimento.

No sentido de garantir a privacidade e a confidencialidade, o nome do participante não ficou associado às informações e tratamento dos dados, assim como os mesmos foram exclusivamente utilizados para o fim solicitado. Contudo, Smithson (2008) alerta que uma preocupação ética envolvida no *focus group* prende-se com o facto de ter mais do que um participante de uma vez. Esse facto tem duas implicações: primeiro, as pessoas podem sentir-se desconfortáveis em falar, em contexto de grupo, seja com estranhos ou com pessoas que eles conhecessem; segundo, o investigador não pode garantir que toda a discussão neste contexto permanecerá totalmente confidencial. Neste sentido, no início de cada sessão, adotou-se a estratégia de solicitar aos participantes que respeitassem o direito que cada um tinha à confidencialidade da informação. Igualmente, o moderador e comoderador garantiram aos participantes, que o conteúdo da informação seria mantido em anonimato e confidencial.

Relatório do Focus Group

Atendendo ao objetivo geral desta fase da investigação, validar a nomenclatura CIPE, atribuída pelo investigador a cada intervenção de enfermagem, resultante do estudo de consensos (técnica de *Delphi*), o *focus group* decorreu com a participação de um grupo de cinco enfermeiros, sugeridos pelo coordenador do grupo de coordenação dos registos eletrónicos de enfermagem da RAM. Uma semana antes desta realização, os participantes foram contactados (via telefónica) e, dois dias antes das reuniões, foi solicitada a confirmação da presença dos participantes por via eletrónica.

Os enfermeiros da prática dos cuidados que integraram o grupo possuem um tempo médio de serviço de 18 anos, com desvio padrão de $\pm 4,6$ e amplitude de variação entre 10 e 21 anos de atividade profissional. Apresentam habilitações académicas de 1º e 2º ciclo do ensino superior, verificando-se um percentual de 80% e 20%, respetivamente. A categoria profissional identificada caracteriza um enfermeiro de cuidados gerais, quatro enfermeiros especialistas em enfermagem (dois em enfermagem comunitária, um em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e uma enfermeira em enfermagem médico-cirúrgica). O local de desempenho profissional é diverso, contemplando contextos como: cuidados de saúde primários; serviço de urgência básica; consulta externa; e grupo de coordenação do programa de prevenção e controlo da infeção e resistência aos antimicrobianos (PPCIRA). Caracterizam-se ainda por pertencerem ao grupo de coordenação dos registos eletrónicos de enfermagem da RAM, entre 10 e 18 anos, demonstrando uma experiência prática média de 16 anos de utilização da nomenclatura CIPE na RAM.

Realizaram-se sete reuniões, entre abril e julho de 2019, com uma frequência quinzenal e, com uma duração média de 90 minutos, pois é recomendável que as reuniões tenham uma duração até de duas horas, sendo a média 90 minutos, para que o cansaço dos participantes não interfira nos objetivos da discussão e, conseqüentemente, nos resultados (Krueger & Casey, 2015; Morgan, 2019). Como previsto, o investigador assumiu o papel de moderador e esteve centrado na condução da discussão, contando com a presença de um comoderador, perito na temática em apreço, que auxiliou o moderador.

Neste *focus group* foram colocadas a debate 56 intervenções de enfermagem resultantes do estudo de consenso de *Delphi*. Sendo que a proposta do investigador contemplava 42 enunciados de intervenção de enfermagem segundo terminologia CIPE (ICN, 2017). Esta diminuição deve-se ao fato do investigador ter decidido agregar intervenções e ter optado por utilizar o conceito de “linhas de orientação” para a concretização de algumas intervenções. O instrumento apresentado pelo investigador consistiu num texto esquemático, resultante da transformação da listagem das intervenções de enfermagem, que devem constar do programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, para a terminologia CIPE.

Recorda-se que, a proposta de enunciados de intervenções de enfermagem apresentada pelo investigador, foi colocada a debate a fim de: validar as regras dos enunciados de enfermagem segundo a terminologia CIPE (ICN, 2017); confirmar a essência das intervenções originais obtidas através da revisão da literatura e da técnica de *Delphi*; identificar a harmonia e coerência da terminologia em uso; e da validação do potencial para a adaptação ao sistema informático em vigor no Sistema Regional de Saúde (SESARAM, EPERAM), com recurso ao Guião da entrevista/Guia Orientador do *Focus group*.

A proposta das intervenções, organizadas em tempos pré e pós-operatórios (imediato/mediato e preparação para o regresso a casa), orientou o pensamento do cuidar em enfermagem e condicionou o processo de adequação do termo do eixo da ação das intervenções, no antes e depois da cirurgia. Por exemplo, se no pré-operatório o termo utilizado era “avaliar”, quando a intervenção surgiu no pós-operatório, optou-se pelo “validar”.

No que concerne as intervenções de enfermagem em debate, houve a preocupação em ajustar os termos de ação ao conteúdo que lhe estava inerente, preservando a essência das intervenções originais obtidas através da técnica de *Delphi*, tornando a linguagem mais significativa e adequada aos enunciados CIPE em uso pelo grupo de peritos. Por exemplo, na intervenção “Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a

necessidade/justificativa para a cirurgia”, em que a proposta de adequação do investigador da terminologia CIPE era “Avaliar o conhecimento do cliente e família sobre a cirurgia”, prevaleceu a ideia que o termo “validar” traduzia, na prática, aquilo que realmente era realizado, ou seja, o enfermeiro valida o que o doente e a família sabem.

Ainda desta análise, emergiu a ideia de individualizar as intervenções para o doente e membro da família/prestador de cuidados, visto se tratar de dois tipos de cliente. Assim, na intervenção em análise, o resultado foi: “Validar o conhecimento do cliente sobre (...)” e “Validar o conhecimento do prestador de cuidados/membro da família sobre (...)”. Assumiu-se este pressuposto em todas as intervenções da mesma natureza.

Verificou-se também que algumas intervenções de enfermagem integravam vários focos de atenção do enfermeiro numa mesma ação. A transformação destas situações passou por definir o foco principal e objetivar/clarificar o seu significado com recurso a outras áreas de atenção do enfermeiro. Por exemplo, na intervenção “Determinar o *status* gastrointestinal antes da cirurgia” (história do doente), que contemplava subintervenções, tais como: “Determinar que mudanças ocorreram nos hábitos alimentares (apetite, náuseas e vômitos)”; “Determinar se o doente tolera uma dieta completa ou se tem intolerância alimentar”; entre outras, em que a proposta de adequação da terminologia CIPE era “Identificar *status* gastrointestinal antes da cirurgia”, através de linhas de orientação tais como: “Avaliar mudança/alteração do padrão alimentar”; “avaliar náuseas e vômitos”, foi consensual a opção por “Avaliar o *status* gastrointestinal antes da cirurgia: hábitos alimentares, náuseas e vômitos”, entre outros. Isto, no sentido de referenciar os focos de atenção do enfermeiro descritores do conceito *status* gastrintestinal que davam conteúdo à ação, em vez de recorrer às linhas de orientação.

Relativamente à harmonia e coerência da terminologia, após ter sido realizada a validação das regras dos enunciados de enfermagem, ajustados os termos segundo a terminologia CIPE (ICN, 2017) e mantida a essência das intervenções originais obtidas através da técnica de *Delphi*, realizou-se (participantes do *focus group*) uma análise global no sentido de verificar a harmonia e coerência da terminologia. Neste sentido, ainda houve necessidade de adequar alguns termos. Por exemplo: substituir o termo “ingestão nutricional” por “regime dietético”, uma vez que, na descrição do termo, a “ingestão nutricional” refere-se à quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos introduzidos no corpo e, “regime”, é definido como um foco de atenção do enfermeiro sendo descrito como um “plano”, neste caso alimentar, considerando assim esta terminologia, mais abrangente, dando resposta para as intervenções estudadas (ICN, 2017).

Também, no sentido de manter a harmonia e coerência, houve necessidade de “excluir” algumas intervenções de enfermagem oriundas do estudo de *Delphi* e propostas pelo investigador por sobreposição, ou seja, por traduzirem o conteúdo já contemplado noutras intervenções. Por exemplo, no caso da avaliação: “Avaliar peso e altura e calcular o IMC”, em que a proposta de adequação da terminologia CIPE era “Avaliar peso e altura (IMC)”. No que se refere à intervenção, por exemplo: “Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista”, em que a proposta de adequação da terminologia CIPE era “Referenciar para profissional de saúde: nutricionista para avaliar *status* nutricional” ou “Colaborar com a nutricionista na avaliação do *status* nutricional”, considerou-se que estas intervenções já estavam abrangidas pela intervenção “Avaliar risco de malnutrição com instrumento de avaliação (Escala de Must - Malnutrition Universal Screening Tool)”. De notar que esta escala avalia o peso, altura para obtenção do IMC, avaliando também a percentagem de perda de peso involuntária.

Nesta linha de pensamento, a intervenção “Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar” em que a proposta de adequação da terminologia CIPE era “Calendarizar consulta de acompanhamento após alta” e a intervenção “Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade após o regresso a casa”, em que a proposta de adequação à terminologia CIPE era “Assegurar continuidade de cuidados na comunidade após alta”, o grupo de peritos foi consensual em considerar que a intervenção “Planear consulta de acompanhamento” traduzia a essência das duas intervenções supramencionadas. (Apêndice XIII - Intervenções de enfermagem resultantes da técnica de *Delphi*/proposta do investigador/ *focus group*).

Salienta-se que, desde o início da realização das reuniões do *focus group*, emergiu como eixo norteador dos debates, a importância da existência do diagnóstico e resultados de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro. Para o efeito, analisando o global das intervenções de enfermagem propostas e refletindo sobre a definição do foco principal que norteasse o juízo clínico do enfermeiro e suportasse as intervenções de enfermagem, o grupo consensualizou que a preocupação do programa de intervenção de enfermagem enfatizava como foco principal a “autogestão do regime dietético”, neste raciocínio diagnóstico.

Assim os membros do *focus group* sugeriram o termo **autogestão do regime dietético** como foco principal, sendo ajuizado com o termo potencialidade, representando este termo um estado, condição da pessoa relativamente a outras (ICN, 2017). Defende-se que, ao potenciar a capacidade/*empower* para a autogestão do regime dietético, contribui-se para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhorando a recuperação pós-operatória e qualidade de vida, indo ao encontro das categorias que

emergiram da RSL (prevenção das complicações e melhor qualidade de vida) e que sustentam a eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

Segundo a ICN (2017), a autogestão corresponde a um comportamento realizado pelo próprio e, para Omisakin e Ncama (2011) e Sassen, (2018) o termo autogestão (*self-management*) refere-se aos métodos, habilidades e estratégias que os indivíduos podem utilizar para orientar as próprias atividades em direção à realização dos seus objetivos. Autogestão eficaz engloba a capacidade de monitorizar a própria condição, de forma a atingir respostas emocionais, cognitivas e comportamentais necessárias para manter uma qualidade de vida satisfatória.

Neste contexto, atendendo à pesquisa realizada nos capítulos anteriores, nomeadamente na RSL, tendo por base o conceito de autogestão e o conteúdo das intervenções, os membros do *focus group* consideraram que o termo autogestão do regime dietético subentende que as evidências/indicadores de um efetivo desempenho passam por: conhecimento efetivo sobre o regime dietético; ausência de complicações/sintomas; *status* nutricional (IMC, etc.) positivo e *coping* efetivo.

Consequentemente, decidimos substituir o termo “autogestão da alimentação”, inicialmente prevista, no título do estudo por “autogestão do regime dietético” passando esta nomenclatura a ser utilizada neste estudo..

Ainda, decorrente das constatações que se realizou durante o *focus group*, surgiu a necessidade de refletir sobre a organização do programa focalizado nos tempos operatórios (pré e pós-operatório), conforme suportado nalguma literatura, nomeadamente em Hinkle *et al.* (2018), Sands (2010) e Smith (2008). Na adequação dos enunciados de enfermagem para a linguagem CIPE e validação para uma futura adaptação ao sistema informático em vigor no Serviço Regional de Saúde (SESARAM, EPERAM), ou noutros serviços de saúde a nível nacional, constatou-se que seria essencial organizar as intervenções de enfermagem pelas necessidades de cuidados e correspondentes *status (estado)* diagnóstico, em vez dos tempos operatórios inicialmente considerados, ou seja, seguir a organização metodológica do processo de enfermagem.

A última fase do processo de implementação do *focus group* foi dedicada à divulgação dos resultados pelos vários elementos deste. Após reunião final, foi devolvido aos participantes o resultado alcançado (Morgan, 2019; Silva *et al.*, 2014), obtendo-se um parecer favorável dos

mesmos. Em termos conclusivos, com o *focus group* obteve-se 53 intervenções de enfermagem que integrarão o programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético na pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica, conforme se apresenta no quadro seguinte (Quadro 21).

Quadro 21 - Intervenções de enfermagem resultante do *focus group* - Nomenclatura CIPE

Intervenções de enfermagem
Validar o conhecimento do cliente sobre o processo patológico.
Validar o conhecimento do prestador de cuidados/membro da família sobre o processo patológico.
Validar o conhecimento do cliente sobre os procedimentos do período pré-operatório e período pós-operatório.
Validar o conhecimento do prestador de cuidados/ membro da família cliente sobre os procedimentos do período pré-operatório e período pós-operatório.
Avaliar <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia: <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentares • Náuseas, vômitos • Apetite • Tolerância à dieta • Preferências alimentares
Avaliar <i>status</i> nutricional com instrumento de avaliação (Escala de Must - Malnutrition Universal Screening Tool).
Avaliar abuso do tabaco.
Avaliar abuso do álcool.
Avaliar a capacidade do cliente para o autocuidado alimentar-se.
Avaliar a capacidade do cliente para a autogestão do regime dietético.
Avaliar a capacidade do cliente para a autogestão dos sintomas.
Avaliar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para assistir no autocuidado alimentar-se.
Avaliar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão do regime dietético.
Avaliar a capacidade de o prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão dos sintomas.
Avaliar <i>status</i> psicossocial.
Colaborar com nutricionista na avaliação das necessidades dietéticas.
Explicar ao cliente os procedimentos do período pré e pós-operatório: <ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de sonda gástrica • Colaborar com nutricionista na avaliação das necessidades dietéticas. • Necessidade de líquidos E.V. • Necessidade de interromper a ingestão de alimentos • O iniciar da ingestão de alimentos
Avaliar complicações da cirurgia.
Promover o cuidar da higiene à cavidade oral.

Intervenções de enfermagem
Avaliar <i>status</i> gastrointestinal (início da ingestão de líquidos).
Avaliar tolerância à dieta.
Ensinar sobre o regime dietético: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos • Refeição (até seis refeições dia) • Adesão • Tolerância à dieta • Progressão
Vigiar sinais e sintomas: <ul style="list-style-type: none"> • Regurgitação • Saciedade precoce
Vigiar complicação ao iniciar ingestão de líquidos (deiscência da anastomose): <ul style="list-style-type: none"> • Dispneia • Dor • Febre
Monitorizar o peso.
Colaborar com a nutricionista no plano de gestão do regime dietético.
Instruir sobre regime dietético.
Gerir alimentação parentérica.
Interpretar resultado laboratorial da Vit. B ₁₂ .
Administrar Vitamina B ₁₂ .
Validar a capacidade do cliente para o autocuidado alimentar-se.
Validar a capacidade do cliente para a autogestão do regime dietético.
Validar a capacidade do cliente para a autogestão dos sintomas.
Validar a capacidade de o prestador de cuidados/membro da família para assistir no autocuidado alimentar-se.
Validar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão do regime dietético.
Avaliar a capacidade de o prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão dos sintomas.
Ensinar o cliente a prevenir complicações do sistema gastrointestinal (Síndrome de <i>Dumping</i>).
Instruir o cliente sobre o controlo de sintomas do sistema gastrointestinal (Síndrome de <i>Dumping</i>).
Ensinar o cliente a identificar complicações do sistema gastrointestinal
Ensinar membro da família a identificar complicações do sistema gastrointestinal.
Orientar para comportamento de procura de saúde, perante falta de controlo de sintomas.
Explicar sobre o estado de normalidade dos sintomas.
Advogar atitude face ao estado de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Status</i> psicológico • <i>Status</i> fisiológico • <i>Status</i> social • <i>Status</i> de relacionamento

Intervenções de enfermagem
<ul style="list-style-type: none">• <i>Status</i> de emprego
Ensinar o cliente a gerir o regime dietético: <ul style="list-style-type: none">• Alimentos (introdução gradual/ evitar a sacarose e glicose e a gordura deve ser dada conforme tolerada)• Refeição (até seis refeições dia pobre em carboidratos simples e que contenham mais alimentos secos)• Progressão do regime dietético• Tolerância à dieta• Ingestão de líquidos (intervalo das refeições)• Métodos de preparação e cozedura dos alimentos• Mastigação e forma de comer (mastigar bem os alimentos e comer lentamente)
Informar sobre o efeito da medicação (antiespasmódico).
Orientar sobre posição corporal à refeição: <ul style="list-style-type: none">• Sentado ou em <i>semi-fowler</i> (durante)• Decúbito lateral esquerdo durante 20 a 30 min. (após, até não apresentar alterações gástricas)
Referenciar para nutricionista na alta.
Planear consulta de acompanhamento.
Ensinar a automonitorizar o peso.
Providenciar material educativo (folheto/panfleto) para autogestão: <ul style="list-style-type: none">• Regime dietético• Regime medicamentoso• Complicações
Avaliar aceitação de estado de saúde após cirurgia gástrica
Promover estratégias adaptativas à cirurgia gástrica: <ul style="list-style-type: none">• Apoio da família• Apoio social• Apoio espiritual• Apoio na autogestão
Prevenir o stress: <ul style="list-style-type: none">• O sentimento de estar sob pressão e ansiedade• O sentimento de desconforto• As experiências desagradáveis• A dor

3. Fase III – Organizando o programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia

Inicia-se este capítulo realizando uma breve alusão a alguns pressupostos inerentes à conceção deste programa de intervenção de enfermagem, de forma a reforçar a pertinência do mesmo, já desenvolvida em capítulos anteriores. De acordo com o Ministério da Saúde (2018), a esperança de vida em Portugal, atualmente, ultrapassa os 80 anos, e o número de pessoas com mais de 75 anos é superior a um milhão. Este contexto demográfico tem reflexos na saúde, com destaque para a percentagem de óbitos em Portugal resultante de doenças crónicas (80%), como as doenças cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias e, para um número elevado de pessoas portadoras de múltiplas doenças que exigem cuidados complexos. Deste modo, a disciplina de enfermagem deve considerar a gestão das doenças crónicas uma questão essencial, procurando intervenções e estratégias para as enfrentar.

Neste sentido, importa salientar que, no processo de cuidar da pessoa com cancro, é da responsabilidade do enfermeiro o planeamento das intervenções de enfermagem individualizadas, de forma a promover o cuidado integral, exigindo, assim, uma equipa bem treinada e com conhecimento específico, a fim de atender às necessidades desses indivíduos e sua família (Silva *et al.*, 2018). Na situação em estudo nesta investigação, a pessoa com o diagnóstico de cancro gástrico quando se depara com a necessidade de tratamento cirúrgico, vê-se confrontada com sucessivas alterações tanto a nível físico como familiar, social, psicológico, emocional e espiritual. Torna-se, então, imperativo promover uma intervenção organizada e sistematizada, de forma a criar condições que ajudem no processo de autogestão da situação dirigidas não só ao doente como também ao membro da família/cuidador.

Por outro lado, a evidência diz que existem vários aspetos que devem ser considerados e que contribuem para o processo de autogestão, nomeadamente: o conhecimento da sua condição; a adoção de um plano de cuidados com o envolvimento do doente e a negociação com este, envolvendo o mesmo, profissionais de saúde e outras pessoas significativas; a capacidade de monitorização dos sinais e sintomas/complicações; a adoção de estilos de vida que promovam a saúde, entre outros (Lawn & Schoo, 2010). Também, não se pode esquecer que, a capacidade para a autogestão, irá influenciar neste processo, existindo vários fatores que podem fazê-lo, tais como os relacionados com a própria doença, fatores individuais, sociais e culturais. São cinco as habilidades essenciais de autogestão: resolução de problemas;

tomada de decisão; utilização de recursos; estabelecimento de uma parceira doente/profissional de saúde; e o agir, englobando a elaboração de um plano de ação (Lorig & Holman, 2003).

Como já referido em capítulos anteriores, o único tratamento curativo para as situações de cancro gástrico é a cirurgia, gastrectomia total ou subtotal/parcial, dependendo da parte do estômago afetada, sendo que as consequências nutricionais advindas desta é, praticamente, inevitável, pela importância das funções mecânicas e químicas do estômago no trato digestivo (Castro *et al.*, 2017; Eng *et al.*, 2018; Hinkle *et al.*, 2018; Malik & Semrad, 2020; Papini-berto & Burini, 2001; Sands, 2010). Assim, torna-se crucial que os doentes com cancro gástrico, submetidos a gastrectomia, sejam ensinados a autogerir os seus hábitos alimentares, sendo fulcral que os profissionais suportem e os incentivem a adquirir habilidades de autogestão de forma a capacitá-los, promovendo o seu *empowerment* (Ogasa, 2017). Considera-se que os resultados podem ser mais favoráveis se existir um suporte à autogestão.

Neste sentido, os autores alertam para o conceito de autogestão e suporte à mesma, sendo que esta conceção corresponde ao que os doentes fazem, incluindo um amplo conjunto de atitudes, comportamentos e habilidades que eles direcionam para gerir a sua situação e, já o suporte à autogestão, corresponde ao que os profissionais de saúde, cuidadores e sistema de saúde fazem para auxiliar a pessoa a gerir a sua situação (Lawn & Schoo, 2010). À medida que as patologias crónicas emergem, o suporte à autogestão tem sido reconhecida como uma componente crucial dos cuidados de saúde, visando incentivar as pessoas a terem mais controlo e responsabilidade pela gestão da sua situação. Existe uma variedade de abordagens comuns, formais e informais, que podem ser utilizadas no processo de suporte à autogestão. Nenhuma delas é necessariamente melhor que as outras, sendo que as necessidades e capacidades dos doentes devem ser consideradas, sendo que os fatores organizacionais e quaisquer que sejam as abordagens de suporte à autogestão, o crucial é que os serviços de saúde trabalhem juntos para fornecer esse suporte (Grady & Gough, 2015; Ryan & Sawin, 2009).

A literatura tem evidenciado que os programas de intervenção são uma estratégia importante para o desenvolvimento de competências, essenciais na disciplina de enfermagem. Nesta linha de ideias, o Governo de *Western Australia*, em 2015 publicou um documento intitulado “Chronic Conditions Self-Management (CCSM) Program Criteria”, o qual refere que um “program is a title used to describe a more structured intervention where the content is with a fixed commencement, content and end period” (p. 6). Segundo Zimbudzi *et al.*, (2015), os modelos de autogestão podem ser um recurso muito poderoso no sistema de saúde, desde

que sejam bem-adaptados a cada situação apresentada pelos doentes. Referem, ainda, que os resultados dos doentes melhoram quando as práticas de suporte à autogestão estão inseridas no cuidado às pessoas com doenças específicas.

De acordo com o Governo de *Western Australia* (2015), o termo autogestão é definido como a participação proactiva das pessoas nos seus próprios cuidados de saúde, as ações tomadas para gerir a sua condição, enfatizando o papel central da pessoa gerir a sua saúde. A autogestão inclui a capacidade das pessoas para gerirem três áreas principais: “The disease/condition process (o processo de doença / condição); The emotional consequences of living with the condition (as consequências emocionais de viver com a condição); The changes to daily life that are a consequence of the condition” (as mudanças na vida diária que são uma consequência da condição) (Government of Western Australia, 2015, p. 6). Neste sentido, os programas devem contemplar estratégias de avaliação, planeamento e motivação, tendo por base alguns princípios de autogestão que se referem à capacitação dos indivíduos em conhecer a sua condição, tais como: participarem ativamente nas tomadas de decisão, nomeadamente no seu plano de cuidados; monitorização e gestão de sinais e sintomas inerentes à sua condição, incluindo a gestão do impacto da situação na sua vida física, emocional e social; adotar estilos de vida e adquirir confiança, ou seja, com o objetivo de promover o *empowerment* (Government of Western Australia, 2015; Lorig & Holman, 2003).

Neste sentido, o estudo desenvolvido por Almeida *et al.* (2019), demonstrou que a aplicação de um programa educacional “promoveu o envolvimento dos participantes na gestão dos seus cuidados de saúde, incentivou a sua capacidade de tomada de decisões e de resolução de problemas, através da procura e implementação de estratégias adaptativas” (p. 40). Por outro lado, Kondylakis *et al.* (2017) desenvolveram um estudo intitulado “iManageCancer: Developing a Platform for Empowering Patients and Strengthening Self-Management in Cancer Diseases”, cujo objetivo foi fornecer uma plataforma de autogestão do cancro, projetada de acordo com as necessidades dos doentes, sendo dada uma ênfase especial ao detetar, prevenir e controlar precocemente os eventos adversos associados à terapêutica do cancro, mas também à avaliação psicoemocional. O “iManageCancer” contemplou várias metodologias para a capacitação das pessoas com cancro, incluindo os sistemas de saúde, jogos, monitorização psicoemocional e outras ferramentas de suporte à decisão. Em 2020, Kondylakis *et al.* apresentam a avaliação do “iManageCancer” e, de forma global, os resultados evidenciaram uma melhoria no *empowerment* do doente, em relação ao lidar com a doença, melhoria no humor e resiliência nos doentes adultos.

O programa que, presentemente se desenvolve, é composto por intervenções de enfermagem que resultaram do construto teórico, tendo em conta o referido por Kondylakis *et al.* (2017). Este, como já mencionado, insere-se no âmbito da autogestão pois, este conceito, inclui a capacitação das pessoas para gerirem as mudanças que ocorrem em consequência da sua condição sendo, neste caso em específico, a remoção total ou parcial do estômago. Existem evidências promissoras da eficácia dos programas de intervenção de autogestão em relação aos cuidados usuais, associada a uma crescente consciencialização de que estratégias similares podem ser efetivas para diferentes tipos de situação, salvaguardando sempre a individualidade de cada pessoa (Grady & Gough, 2015; Lorig & Holman, 2003; Ryan & Sawin, 2009).

De seguida, apresenta-se a metodologia utilizada na organização deste programa de intervenção em enfermagem.

Metodologia de organização do programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético

Este programa emerge das revisões de literatura realizadas, dos resultados obtidos através dos peritos no domínio dos cuidados de enfermagem ao doente com cancro gástrico submetido a cirurgia, com recurso à técnica *Delphi* e dos resultados que advieram da participação dos peritos na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, através do *focus group*. Numa fase preliminar, conheceu-se o estado da arte da temática em apreço, através de uma RSL, que permitiu identificar os estudos que elencavam as intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória, e a realização de uma RIL, que permitiu elencar as intervenções de enfermagem, com base na evidência científica, promotoras do processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Após esta fase preliminar, na primeira fase metodológica deste estudo, tendo por base a revisão da literatura, recorreu-se a técnica de *Delphi* com o objetivo de obter consenso sobre as intervenções de enfermagem a contemplar no programa de intervenção de enfermagem, sendo que o consenso dos peritos foi obtido após três rondas.

Numa segunda fase, no sentido de promover uma discussão presencial, para validação da nomenclatura atribuída, pelo investigador, a cada intervenção de enfermagem, utilizando como referencial/guia orientador o catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizou-se a técnica do *Focus Group*. Tendo por base os resultados

obtidos na fase I e II, organizou-se o programa de intervenção para a autogestão do regime dietético adequado ao tipo de população definida como população-alvo: doentes com cancro gástrico com indicação para tratamento cirúrgico. O objetivo geral do programa é promover a autogestão do regime dietético da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia e, consequentemente, contribuir para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida.

Ao chegar a fase da organização do programa de enfermagem, foram levantadas dúvidas sobre que estrutura de programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia? Assim, atendendo a que a CIPE permite a utilização de uma terminologia que representa o que os enfermeiros apreciam, diagnosticam, assim como as ações que empreendem para ajudar na resolução dos problemas de saúde das pessoas e a avaliação dos resultados sensíveis à sua intervenção (Barra & Sasso, 2012; Figueira *et al.*, 2018; OE, 2016), pensamento este que se encontra subjacente à metodologia do processo de enfermagem, esclareceram-se as dúvidas sobre a organização do programa de intervenção, considerando que esta mesma metodologia seria a mais adequada.

Com o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, muitos conhecimentos científicos têm vindo a ser produzidos, entre eles o processo de enfermagem, sendo considerado uma ferramenta metodológica sólida, baseada numa estrutura teórica e científica, para planear, organizar e sistematizar os cuidados, permitindo aos enfermeiros, a organização do trabalho, autonomia para a tomada de decisões e, sobretudo, a qualidade na assistência focada no cuidado integral e individual (Benedet *et al.*, 2016; Costa & Silva, 2018). Neste sentido, a metodologia do processo de enfermagem utilizada na conceção do programa de intervenção, teve por base uma abordagem sistemática, que garanta um cuidar individualizado, que permita organizar e prestar os cuidados de enfermagem que o doente necessita e em que a pessoa é o centro de todo o processo (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

A metodologia do processo de enfermagem contempla cinco etapas, todas elas inter-relacionadas e dinâmicas: avaliação inicial; diagnóstico; planeamento; implementação; e avaliação final. Na fase da avaliação inicial, que deve ser realizada na admissão do doente, é incluída a reunião dos dados objetivos e subjetivos, e tem como objetivo colher informações para formar uma base de dados sobre as necessidades do doente, seus problemas de saúde, estilos de vida, entre outros. Uma avaliação inicial detalhada e rigorosa permite a identificação dos diagnósticos de enfermagem, elaboração de objetivos adequados e identificação das

intervenções de enfermagem. A entrevista representa a técnica mais utilizada nesta fase do processo de enfermagem (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Assim, na organização do programa de intervenção, teve-se em atenção os pressupostos anteriores. Contudo, no que se refere à etapa do diagnóstico que, segundo a metodologia do processo de enfermagem, resulta da primeira etapa, uma vez que o programa foi alicerçado no diagnóstico de enfermagem, “**Potencialidade para a autogestão do regime dietético**”, contemplou-se a validação do mesmo.

A fase do planeamento corresponde à programação das intervenções de enfermagem para atingir os objetivos, exigindo do enfermeiro um processo de tomada de decisão, em que deve utilizar o raciocínio crítico para optar pelas intervenções de enfermagem que garantam a consecução dos objetivos. Neste sentido, apesar deste programa integrar todas as intervenções de enfermagem que emergiram das fases precedentes, este possibilita que o enfermeiro adequa as mesmas às necessidades e à situação concreta do doente. No que concerne a natureza das intervenções de enfermagem, estas podem ser autónomas ou interdependentes, sendo que as autónomas são as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, enquanto que as interdependentes são as realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril).

Todas as intervenções, independentemente da sua natureza, requerem que se faça uso do pensamento crítico e tomada de decisões, pois, mesmos as intervenções que advêm de uma prescrição médica, como a administração de um medicamento, o enfermeiro não se limita a administrar a terapêutica, mas sim valida se se adequa ao doente e à sua situação antes de proceder à sua administração (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017), responsabilizando-se pela mesma. Tendo por base a natureza das intervenções do enfermeiro, neste programa contemplou-se, essencialmente, intervenções autónomas. Contudo, algumas intervenções interdependentes foram integradas, sendo que obtiveram consenso para sua inclusão na fase I desta investigação.

A fase seguinte do processo de enfermagem, corresponde à implementação das intervenções, o que implica uma prestação direta de cuidados, ensino e orientação ao doente e família, e identificação das necessidades de encaminhamento, sendo exigido que o enfermeiro possua competências cognitivas, interpessoais e psicomotoras. A última etapa do processo de enfermagem refere-se à avaliação, uma vez que, sempre que se prestam

cuidados de enfermagem, deve-se realizar uma avaliação dos cuidados prestados, sendo que a fase da avaliação “mede” a resposta do doente às intervenções de enfermagem no sentido de se perceber se os objetivos foram atingidos, ou seja, avaliamos os efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro. A avaliação é um processo contínuo que acontece sempre que há contacto com o doente, na qual se avalia se houve retrocesso ou melhoria da sua condição de saúde, de acordo com o seu comportamento e reações, podendo existir a necessidade de alterar/ajustar o planeamento feito inicialmente. Após esta avaliação, é ainda importante que se verifiquem os diagnósticos, previamente identificados, no sentido de validar se os mesmos refletem a situação atual do doente pois, quando a situação do doente muda, também os diagnósticos sofrem alterações (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017). Assim, no presente programa, além de se avaliar os resultados sensíveis à intervenção do enfermeiro, também se contemplou a identificação do diagnóstico de enfermagem, que será efetuado tendo como foco principal de enfermagem - **autogestão do regime dietético**, ajuizado com os seguintes termos: potencialidade, comprometido, efetivo, melhorado.

Em resultado da fundamentação apresentada anteriormente, o programa de intervenção foi estruturado em 3 partes fundamentais: parte I, que corresponde à avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico; parte II, que corresponde ao período da intervenção; e, a parte III, que corresponde à avaliação final/diagnóstica e juízo diagnóstico (Quadro 22).

Quadro 22 - Estrutura/organização global do programa de Intervenção

Partes constituintes do Programa de Intervenção	Operacionalização do Programa de Intervenção
Parte I	Corresponde à avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico que contempla: <ul style="list-style-type: none">• Recolha sistemática de dados:<ul style="list-style-type: none">-Caracterização sociodemográfica/Reunião dos dados objetivos e subjetivos (Pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia);• Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências antes da intervenção);
Parte II	Corresponde ao período da intervenção e integra: <ul style="list-style-type: none">• Prestação de cuidados;• Educação para a saúde (verbal e escrita);
Parte III	Corresponde à avaliação final (reavaliação)/diagnóstica e juízo diagnóstico que contempla: <ul style="list-style-type: none">• Recolha sistemática de dados<ul style="list-style-type: none">- Avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro (Evidências);• Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências após a intervenção);

Para o desenvolvimento de estudos de intervenção, o foco principal deverá ser o rigor do desenvolvimento, conceção da própria intervenção, sendo que a adoção de uma abordagem sistemática é defendida, juntamente com um processo de desenvolvimento gradual da intervenção (Aranda, 2008).

Segundo a autora supracitada, alguns dos elementos que devem ser considerados no desenho de estudos de intervenção são: definição do problema; fundamentos conceituais; o resultado desejado (sensíveis à intervenção do enfermeiro); instrumentos de medida; definição da população-alvo; conteúdo da intervenção (baseado em evidência científica); métodos de aplicação; e dose, incluindo quantidade (tempo previsto para a implementação da intervenção); frequência (número de sessões); duração (período de tempo) e intensidade da intervenção (combinação dos três elementos anteriores). A autora enfatiza que estes elementos podem não ser aplicáveis a todos os estudos, todavia, oferece um quadro reflexivo para orientar todo o processo (Aranda, 2008).

Neste sentido, na operacionalização do programa de intervenção, definiu-se, para cada uma das três partes que constituem o programa, os objetivos (indicam aonde se quer chegar, contribuindo para a existência de uma coerência entre os vários elementos que constituem o programa), os métodos (indicam o caminho a seguir para a concretização dos objetivos), as estratégias/ações (considera-se pertinente a sua introdução no sentido de enfatizar os comportamentos que os enfermeiros devem realizar para a concretização dos objetivos), as intervenções de enfermagem a serem implementadas em cada uma das partes que compõem o programa, assim como a dose da intervenção, nomeadamente a duração, a frequência e quantidade. Salienta-se que, embora se considerasse a dose estabelecida, a mesma poderá diferir de doente para doente, atendendo ao juízo clínico efetuado pelo enfermeiro responsável.

Importa realçar que, na operacionalização do programa de intervenção, houve a preocupação de desdobrar as intervenções de enfermagem de forma a que não surgissem dúvidas na sua interpretação e implementação. Contempla-se ainda algumas variáveis sociodemográficas, de forma a proceder à caracterização dos doentes. Demonstra-se, de seguida, no Quadro 23, a operacionalização do programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia.

Quadro 23 - Programa de Intervenção de Enfermagem para a Autogestão do Regime Dietético das Pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia

Parte 1- Avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico			
Objetivos: Caracterizar os doentes			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 1
<p>-Método Ativo: Entrevista</p> <p>-Método Observacional</p>	<p>- Recolha sistemática de dados:</p> <p>Caraterização sociodemográfica</p>	<p>Dados Caracterização</p> <p>Variável: <u>Sexo</u></p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>Variável: <u>Estado civil</u></p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro/a</p> <p><input type="checkbox"/> Casado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Divorciado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Viúvo/a</p> <p><input type="checkbox"/> União de facto</p> <p>Variável: Situação Profissional</p> <p><input type="checkbox"/> Empregado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Desempregado/a</p> <p><input type="checkbox"/> Reformado ou baixa médica por incapacidade</p> <p>Variável: Tempo de início dos sintomas da doença (Meses)_____</p> <p>Variável: Data da cirurgia_____</p> <p>Variável: <u>Idade</u> (Anos)_____</p> <p>Variável: <u>Habilitações Literárias</u></p> <p><input type="checkbox"/> Sem escolaridade mínima</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Básico (1º ciclo)</p> <p><input type="checkbox"/> 2ª Ciclo</p> <p><input type="checkbox"/> 3º Ciclo</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Secundário</p> <p><input type="checkbox"/> Ensino Superior</p>	<p><u>Duração:</u> Desde a admissão do doente até às 24H seguintes.</p> <p><u>Frequência:</u> uma sessão.</p> <p><u>Quantidade:</u> 30 minutos.</p>

Parte 1- Avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico			
Objetivos: Realizar a avaliação inicial; validar o juízo diagnóstico “Potencialidade para a autogestão do regime dietético”			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 1
<p>-Método Ativo: Entrevista</p> <p>-Método Observacional</p>	<p>- Recolha sistemática de dados:</p> <p>Reunião dos dados objetivos e subjetivos</p> <p>-Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências antes da intervenção)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Validar o conhecimento do cliente sobre o processo patológico: <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade/justificativa para a cirurgia • Validar o conhecimento do prestador de cuidados/membro da família sobre o processo patológico: <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade/justificativa para a cirurgia • Avaliar a capacidade do cliente para o autocuidado alimentar-se • Avaliar a capacidade do cliente para a autogestão dos sintomas • Avaliar a capacidade do cliente para a autogestão do regime dietético • Avaliar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para assistir no autocuidado alimentar-se • Avaliar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão dos sintomas • Avaliar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão do regime dietético • Avaliar status nutricional com instrumento de avaliação (Escala de Must - Malnutrition Universal Screening Tool) • Avaliar <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia (<u>história dietética do doente</u>): <ul style="list-style-type: none"> - Hábitos alimentares - Náuseas, vômitos - Apetite - Tolerância à dieta - Preferências alimentares • Avaliar abuso do álcool: <ul style="list-style-type: none"> - História de consumo de álcool 	

Parte 1- Avaliação inicial/diagnóstica e juízo diagnóstico			
Objetivos: Realizar a avaliação inicial; validar o juízo diagnóstico “Potencialidade para a autogestão do regime dietético” (cont.)			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 1
Método Ativo: Entrevista	- Recolha sistemática de dados: Reunião dos dados objetivos e subjetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar abuso do tabaco: <ul style="list-style-type: none"> - História de consumo de tabaco • Avaliar <i>status</i> psicossocial <ul style="list-style-type: none"> - Recursos e necessidade de apoio social • Validar o conhecimento do cliente sobre os procedimentos do período pré-operatório e período pós-operatório: <ul style="list-style-type: none"> - A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) 12 horas antes da cirurgia - A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) nos primeiros dias depois da operação - É colocada uma sonda nasogástrica nos primeiros dias após a cirurgia - São colocados soros através de uma veia após a cirurgia - Após a cirurgia o início da ingestão de alimentos acontece após o retorno dos ruídos intestinais/peristaltismo 	
-Método Observacional	-Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências antes da intervenção)	<ul style="list-style-type: none"> • Validar o conhecimento do prestador de cuidados/membro da família sobre os procedimentos do período pré-operatório e período pós-operatório: <ul style="list-style-type: none"> - A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) 12 horas antes da cirurgia - A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) nos primeiros dias depois da operação - É colocada uma sonda nasogástrica nos primeiros dias após a cirurgia - São colocados soros através de uma veia após a cirurgia - Após a cirurgia o início da ingestão de alimentos acontece após o retorno dos ruídos intestinais/peristaltismo 	

Parte 2 – Período de Intervenção de Enfermagem			
Objetivos: Promover o empowerment			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 2
<p>-Método Expositivo</p> <p>-Método Observacional</p>	<p>- Educação para a saúde (verbal e escrita)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao cliente os procedimentos do período pré e pós-operatório: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Necessidade de interromper a ingestão de alimentos</u> <ul style="list-style-type: none"> *A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) 12 horas antes da cirurgia *A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) nos primeiros dias depois da operação - <u>Necessidade de sonda gástrica</u> <ul style="list-style-type: none"> *É colocada uma sonda nasogástrica nos primeiros dias após a cirurgia - <u>Necessidade de líquidos E.V.</u> <ul style="list-style-type: none"> *São colocados soros através de uma veia após a cirurgia - <u>Início da ingestão de alimentos</u> <ul style="list-style-type: none"> *Após a cirurgia o início da ingestão de alimentos acontece após o retorno dos ruídos intestinais/peristaltismo • Promover o cuidar da higiene à cavidade oral • Ensinar o cliente a gerir o regime dietético: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Alimentos (introdução gradual/ evitar a sacarose e glicose e a gordura deve ser dada conforme tolerada):</u> <ul style="list-style-type: none"> *A introdução dos alimentos deve ser gradual, ou seja, começar com líquidos (chá e água) *Na ingestão dos alimentos deve evitar a sacarose (açúcar) e glicose *A gordura (azeite) pode ser ingerida conforme a tolerância *Aumentar o consumo de proteínas (ovo, frango, peixe) conforme a tolerância *Na ingestão dos alimentos deve evitar as temperaturas extremas 	<p><u>Duração:</u> No decurso do período pré-operatório e pós-operatório imediato e mediato.</p> <p><u>Frequência:</u> duas sessões.</p> <p><u>Quantidade:</u> 35 minutos, cada sessão.</p>

Parte 2 – Período de Intervenção de Enfermagem			
Objetivos: Promover o empowerment (cont)			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 2
<p>-Método Expositivo</p> <p>-Método Observacional</p>	<p>- Educação para a saúde (verbal e escrita)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o cliente a gerir o regime dietético: (cont) <ul style="list-style-type: none"> - <u>Refeição (até seis refeições dia pobre em carboidratos simples e que contenham mais alimentos secos)</u> <ul style="list-style-type: none"> *São recomendadas no mínimo seis refeições diárias *São recomendadas refeições pobre em carboidratos simples/açúcares p. ex.: refrigerante, mel, chocolates, entre outros. *Manter um horário regular das refeições - <u>Progressão do regime dietético</u> <ul style="list-style-type: none"> *A introdução dos alimentos deve ser em pequenas porções/quantidade - <u>Tolerância à dieta</u> <ul style="list-style-type: none"> *Aumentar gradualmente a quantidade/porções de alimentos, em cada refeição, de acordo com a tolerância - <u>Ingestão de líquidos (intervalo das refeições)</u> <ul style="list-style-type: none"> *Os líquidos devem ser evitados na hora das refeições *Os líquidos podem ser ingeridos até 1 hora antes e depois das refeições - <u>Métodos de preparação e cozedura dos alimentos</u> <ul style="list-style-type: none"> *Na preparação e confeção dos alimentos não deve recorrer a condimentos e apimentados *Está recomendado métodos simples de preparação e cozedura dos alimentos (p. ex.: grelhados, cozidos) - <u>Mastigação e forma de comer (mastigar bem os alimentos e comer lentamente)</u> 	

Parte 2 – Período de Intervenção de Enfermagem			
Objetivos: Promover o empowerment (cont)			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 2
<p>-Método Expositivo</p> <p>-Método Observacional</p>	<p>- Educação para a saúde (verbal e escrita)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o cliente a identificar complicações do sistema gastrointestinal: <ul style="list-style-type: none"> - Plenitude gástrica, 30 a 60 minutos após refeição, ou após 1 a 2 horas - Cólicas - Dor abdominal - Náuseas e vômitos - Diarreia - Sudorese - Taquicardia - Sensação de desmaio • Ensinar membro da família a identificar complicações do sistema gastrointestinal: <ul style="list-style-type: none"> - Plenitude gástrica, 30 a 60 minutos após refeição, ou após 1 a 2 horas - Cólicas - Dor abdominal - Náuseas e vômitos - Diarreia - Sudorese - Taquicardia - Sensação de desmaio 	

Parte 2 – Período de Intervenção de Enfermagem			
Objetivos: Promover o empowerment (cont)			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 2
-Método Expositivo -Método Observacional	- Educação para a saúde (verbal e escrita)	<ul style="list-style-type: none"> • Ensinar o doente a prevenir complicações do sistema gastrointestinal (Síndrome de <i>Dumping</i> é a principal complicação digestiva que pode surgir após a cirurgia, aquando do reinício da alimentação e que a mesma pode ser prevenida e resolvida se houver um cumprimento das orientações): <ul style="list-style-type: none"> - Dieta - Posicionamento - Medicação • Instruir o cliente sobre o controlo de sintomas do sistema gastrointestinal (Síndrome de <i>Dumping</i>): <ul style="list-style-type: none"> - Dieta - Posicionamento - Medicação • Informar sobre o efeito da medicação (antiespasmódico) <ul style="list-style-type: none"> - Medicamentos que contribuem para retardar o esvaziamento gástrico/intestinal • Orientar sobre posição corporal à refeição (retardar o esvaziamento gástrico/intestinal- Síndrome de <i>dumping</i>): <ul style="list-style-type: none"> - Sentado ou em semi-fowler (durante) - Decúbito lateral esquerdo durante 20 a 30 min. após (até não apresentar alterações gástricas) • Explicar sobre o estado de normalidade dos sintomas: <ul style="list-style-type: none"> Os sintomas digestivos tendem a desaparecer após algum tempo após a cirurgia e com o cumprimento das orientações relativas à dieta, posicionamento e medicação • Orientar para comportamento de procura de saúde, perante falta de controlo de sintomas 	

Parte 2 – Período de Intervenção de Enfermagem			
Objetivos: Promover o empowerment (cont)			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 2
-Método Expositivo -Método Observacional	- Educação para a saúde (verbal e escrita)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar aceitação de estado de saúde após cirurgia gástrica: <ul style="list-style-type: none"> - Consciencialização e significado atribuído à mudança imposta pela cirurgia • Ensinar a automonitorizar o peso <ul style="list-style-type: none"> - Regularmente ex. semanalmente • Advogar (apoiar/recomendar) atitude face ao estado de saúde (mudanças de estilo de vida após a cirurgia): <ul style="list-style-type: none"> - Status psicológico - Status fisiológico - Status social - Status de relacionamento - Status de emprego • Promover estratégias adaptativas à cirurgia gástrica: <ul style="list-style-type: none"> - Apoio da família - Apoio social - Apoio espiritual - Apoio na autogestão • Providenciar material educativo (folheto/panfleto) para autogestão: <ul style="list-style-type: none"> - Regime dietético - Regime medicamentoso - Complicações 	

Parte 2 – Período de Intervenção de Enfermagem			
Objetivos: Avaliar/Minimizar as complicações			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 2
-Método Observacional -Método Ativo	- Prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar complicações da cirurgia: <ul style="list-style-type: none"> - Distensão abdominal - Infecções - Alterações respiratórias - Alterações urinárias • Avaliar status gastrointestinal (início da ingestão de líquidos) <ul style="list-style-type: none"> - Condições para iniciar líquidos (após o retorno dos sons intestinais) • Avaliar tolerância à dieta <ul style="list-style-type: none"> - Vigiar complicação ao iniciar ingestão de líquidos (deiscência da anastomose): - Dispneia - Dor - Febre • Vigiar sinais e sintomas: <ul style="list-style-type: none"> - Regurgitação - Saciedade precoce • Prevenir o stress (minimizar os fatores dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica): <ul style="list-style-type: none"> - O sentimento de estar sob pressão e ansiedade - O sentimento de desconforto - As experiências desagradáveis - A dor 	<p><u>Duração:</u> No decurso do período pré-operatório e pós-operatório imediato e mediato</p>

Parte 2 – Período de Intervenção de Enfermagem			
Objetivos: Avaliar/Minimizar as complicações (cont)			
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 2
-Método Observacional -Método Ativo	- Prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Interpretar resultado laboratorial da Vit. B₁₂ <ul style="list-style-type: none"> - Detetar necessidade de Vit. B₁₂ • Monitorizar o peso • Planear consulta de acompanhamento <ul style="list-style-type: none"> Realização de carta de transferência para os cuidados de saúde primários • Referenciar para nutricionista na alta • Colaborar com a nutricionista na avaliação das necessidades dietéticas • Colaborar com a nutricionista no plano de gestão do regime dietético • Administrar Vitamina B12 • Gerir alimentação parentérica 	

Parte 3 - Avaliação final/diagnóstica e juízo diagnóstico											
Objetivos: Realizar a avaliação final/ Identificar o diagnóstico/ de Enfermagem											
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da intervenção Tempo 3								
<p>-Método Ativo: Entrevista</p> <p>-Método Observacional</p>	<p>- Recolha sistemática de dados:</p> <p>Avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro. (Evidências)</p> <p>-Raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências após a intervenção)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Validar a capacidade do cliente para a autogestão do regime dietético • Validar a capacidade do cliente para a autogestão dos sintomas • Validar a capacidade do cliente para o autocuidado alimentar-se • Validar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão do regime dietético • Validar a capacidade de o prestador de cuidados/membro da família para assistir no autocuidado alimentar-se • Validar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão dos sintomas • Avaliar <i>status</i> nutricional com instrumento de avaliação (Escala de Must - Malnutrition Universal Screening Tool) • Autogestão do regime dietético: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Potencialidade – Representa um estado, condição da pessoa relativamente a outras (ICN,2017).</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Comprometido - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz (ICN,2017).</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Efetivo - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como positivo (ICN,2017).</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Melhorado - Estado julgado como relativo (ICN,2017).</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Potencialidade – Representa um estado, condição da pessoa relativamente a outras (ICN,2017).	<input type="checkbox"/>	Comprometido - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz (ICN,2017).	<input type="checkbox"/>	Efetivo - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como positivo (ICN,2017).	<input type="checkbox"/>	Melhorado - Estado julgado como relativo (ICN,2017).	<p><u>Duração:</u> Pós-operatório-momento do regresso a casa e consulta de follow-up telefónica (+- 30 dias após a alta).</p> <p><u>Frequência:</u> duas sessões.</p> <p><u>Quantidade:</u> 30 minutos, no momento do regresso a casa e 15 minutos na consulta de follow-up telefónica.</p>
<input type="checkbox"/>	Potencialidade – Representa um estado, condição da pessoa relativamente a outras (ICN,2017).										
<input type="checkbox"/>	Comprometido - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz (ICN,2017).										
<input type="checkbox"/>	Efetivo - Juízo positivo ou negativo: estado julgado como positivo (ICN,2017).										
<input type="checkbox"/>	Melhorado - Estado julgado como relativo (ICN,2017).										

4. Fase IV- Programa de autogestão do regime dietético na pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia: Pré-Teste

Após a conceção do programa de intervenção de enfermagem em que, nas suas diferentes fases, nas quais participaram enfermeiros considerados peritos, chega ao momento de atentar com a participação das pessoas submetidas a cirurgia por cancro gástrico. Assim, decidiu-se realizar um pré-teste ao programa, cujo principal objetivo foi evidenciar a perspetiva das pessoas com cancro gástrico, submetidas a cirurgia, em relação ao mesmo, para a autogestão do regime dietético, em termos da compreensão do conteúdo, estrutura, organização e exequibilidade, permitindo, igualmente, identificar eventuais imprecisões e corrigi-las ou modificá-las (Gil,2019; Fortin, 2009).

Tendo por base o objetivo central desta fase do estudo, procedeu-se a um pré-teste recorrendo a quatro doentes que cumpriam os critérios de inclusão pré-definidos: diagnóstico de cancro gástrico com indicação para cirurgia; submetidos a cirurgia eletiva; alvo de cuidados de enfermagem numa unidade de cirurgia esofagogástrica numa instituição de Saúde da RAM; conscientes; que compreendiam a língua portuguesa; e que consentiram participar no pré-teste. No sentido de caracterizar os participantes da amostra, utilizou-se as variáveis sociodemográficas já contempladas no programa.

De acordo com os pressupostos desta fase da investigação e, indo ao encontro do objetivo do pré-teste, utilizou-se como instrumento para a colheita de dados a entrevista dirigida aos participantes, o que, na perspetiva de Gil (2019), constitui uma das técnicas mais importantes para a colheita de dados, pois permite uma interação social entre duas pessoas, em que uma parte procura colher informação e a outra constitui-se como fonte de informação. Desta forma, torna-se possível a obtenção de dados em profundidade, elevados níveis de adesão, observação das características do entrevistado e flexibilidade na condução.

Partindo dos diferentes tipos de entrevista apresentados por Gil (2019), e atendendo ao objetivo desta fase da investigação, utilizou-se a entrevista aberta, face a face, individual e semiestruturada, em que as perguntas foram previamente estabelecidas, contudo sem opções de resposta. A entrevista foi constituída por uma questão central combinada com subquestões, predeterminadas, no sentido de desdobrar/concretizar a questão central, permitindo aos entrevistados responderem livremente (Apêndice XIV-Guião da Entrevista). Após a elaboração da entrevista foi realizada uma validação do seu conteúdo por dois docentes de enfermagem com conhecimentos na área da investigação e no tema em estudo.

Após a validação, ponderou-se as sugestões fornecidas e aprimorou-se/clarificou-se os termos utilizados.

É importante referir que, antes de procedermos à aplicação do Pré-teste do programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, solicitou-se e obteve-se a autorização do Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde, após o parecer favorável da Comissão de Ética e da Comissão Científica e de Investigação, para a realização desta etapa da investigação (Apêndice XV-Requrimento ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM,EPE; Apêndice XVI-Resposta do Conselho de Administração e pareceres das Comissões), havendo o compromisso de informar o investigado do objetivo e finalidade do pré-teste, da importância do seu desenvolvimento e, particularmente, da importância da sua participação, garantindo que o direito à privacidade, confidencialidade e à recusa seria respeitado.

A aplicação do pré-teste do programa iniciou-se com uma reunião, individual, com a Enfermeira Chefe da unidade de cirurgia esofagogástrica do Hospital Dr. Nélio Mendonça, da RAM e, posteriormente, com os enfermeiros do respetivo serviço que reuniam certas características, nomeadamente, que fossem enfermeiros responsáveis pelo doente com cancro gástrico submetido a cirurgia. Importa referir que, alguns dos enfermeiros que participaram nesta reunião, também já tinham participado na fase do desenvolvimento do estudo correspondente ao estudo de consenso - Técnica de *Delphi*.

Nesta reunião, apresentou-se o resumo do projeto em desenvolvimento, o programa de intervenção e o objetivo desta fase do estudo. A equipa mostrou-se receptiva, colocando algumas questões, as quais foram esclarecidas, e demonstraram disponibilidade para participar na aplicação do programa de intervenção. Assim, contou-se com os enfermeiros da prática dos cuidados para a aplicação do respetivo programa, acompanhados pelo investigador.

O papel do investigador durante o pré-teste foi de colaborar com o enfermeiro responsável na avaliação inicial/diagnóstica, consistindo na recolha sistemática de dados, na caracterização sociodemográfica e no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências antes da intervenção) para validação do juízo diagnóstico. Durante o período de intervenção, participou-se nas sessões de educação para a saúde. No momento da alta médica e regresso a casa, colaborou-se na avaliação final/diagnóstica de enfermagem, que contemplou a recolha sistemática de dados, avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro e no desenvolvimento do raciocínio diagnóstico (análise e interpretação das evidências após a intervenção). O enfermeiro responsável pelo doente, constituiu o principal

elemento da prestação de cuidados diretos e, elo de ligação com o investigador, garantindo que a aplicação do programa era realizada de acordo com o definido.

Salienta-se, que o método de trabalho desenvolvido na unidade de cirurgia esofagogástrica, onde se aplicou o pré-teste, é o método de trabalho por enfermeiro responsável, sendo caracterizado por ser centrado no doente e responsabilizando o enfermeiro pelas tomadas de decisão sobre os cuidados (Silva, 2017). O facto deste método ser utilizado no serviço onde decorreu esta fase do estudo, contribuiu para a exequibilidade do pré-teste ao programa de intervenção, contribuindo para a harmonia/conformidade/coesão entre os vários intervenientes, ou seja, doentes, cuidadores/família, enfermeiros associados, outros profissionais de saúde e investigador.

O recrutamento dos doentes foi efetuado pelo enfermeiro gestor da lista de doentes a admitir no serviço, neste caso em específico, a enfermeira chefe do serviço, e que correspondiam aos critérios de inclusão pré-definidos e já mencionados. Assim, no momento da entrada de um doente que correspondia aos critérios, o investigador foi informado desta possibilidade.

Procedeu-se ao pré-teste, aplicando o programa de intervenção a quatro doentes, no período compreendido entre a segunda quinzena do mês de junho de 2020 e a segunda quinzena do mês de setembro de 2020, isto é, com duração de três meses. Na implementação do programa, foram utilizados os métodos previstos, especificamente: o método ativo (entrevista); o método observacional; e o método expositivo, sendo as sessões realizadas individualmente. As entrevistas, para obtenção da perspetiva das pessoas com cancro gástrico submetidas as cirurgias em relação ao programa de intervenção de enfermagem foram realizadas no dia da alta clínica de cada doente, que correspondeu ao dia do regresso a casa, com duração média de 15 a 20 minutos, tendo sido transcritas posteriormente.

Durante o pré-teste refletiu-se sobre os aspetos éticos e garantiu-se que os direitos dos participantes seriam respeitados. Assim, o investigador, nas 24h que antecederam a intervenção cirúrgica, após ser informado telefonicamente, dirigiu-se à unidade, apresentou-se ao doente, apresentou o estudo em desenvolvimento, explicando o objetivo específico desta fase da investigação e a importância da sua participação. Os participantes foram informados que o registo das respostas, obtidas através das entrevistas, seriam gravadas, dado ser considerada a melhor forma de preservar o conteúdo das entrevistas para, posteriormente, ser transcrito para análise (Gil, 2019). Garantiu-se a sua privacidade e confidencialidade, pois todos os dados inerentes à fase de pré-teste foram codificados. Apresentou-se ainda o documento do consentimento informado para o doente declarar que

aceitava participar de livre vontade (Apêndice XVII Carta de informação ao Participante e Consentimento Informado).

Importa salientar que, após a colheita de dados qualitativos, na situação em que se recorreu à entrevista, foi necessário proceder à organização dos mesmos, preliminarmente, à análise propriamente dita, ou seja, à análise do seu conteúdo (Bardin, 2016; Gagnon & Fortin, 2016; Kyngäs *et al.*, 2019). Esta técnica é muito utilizada pelos investigadores, para descrever as experiências e perspetivas humanas sobre determinados fenómenos, sendo que, no contexto da ciência da enfermagem, os registos dos doentes, artigos e relatos, são todos adequados para a análise de conteúdo (Kyngäs *et al.*, 2019).

Existem passos predefinidos que conferem rigor e profundidade ao processo de investigação, sendo que a técnica de análise de conteúdo pode ser organizada em três diferentes fases: a pré-análise; a exploração do material; e tratamento dos resultados. Assim, tendo por base esta organização, neste estudo, numa fase inicial, transcreveu-se as entrevistas na sua íntegra, constituindo o *corpus* da pesquisa, após o que se efetuou uma leitura flutuante, que correspondeu ao primeiro contato com o conteúdo, permitindo retirar as primeiras impressões das mesmas (fase da pré-análise). Posteriormente, procedeu-se a uma leitura minuciosa e, uma vez que existem diferentes métodos de análise de conteúdo, optou-se por utilizar a análise categorial, de forma a dar resposta ao objetivo do pré-teste. Por fim, realizou-se o tratamento de dados, no qual os resultados foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, permitindo ao investigador propor inferências e fazer interpretações a propósito dos objetivos previstos (Bardin, 2016).

De acordo com o autor anteriormente citado, a análise categorial é a mais antiga e mais utilizada entre os diferentes tipos de métodos de análise de conteúdo e, consiste na desagregação do texto em unidades, tendo em conta categorias segundo um agrupamento analógico e sendo possível calcular e comparar as frequências globais e as específicas dos resultados obtidos. Este método, permite a passagem dos dados brutos para dados organizados, dando a conhecer factos invisíveis ao nível dos dados brutos. Bardin (2016) salienta ainda que a categorização pode ser definida antes ou somente no final da análise.

Neste sentido, definiu-se *a priori* três categorias que permitissem evidenciar a perspetiva das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, permitindo organizar o conteúdo das mensagens, atribuir um sentido às mesmas e fornecer uma representação dos dados. Após a análise dos discursos dos doentes, emergiram dez subcategorias. A definição das

categoriais e subcategorias foi realizada tendo por base duas perspetivas: de acordo com o senso comum, ou seja, tendo por base o sentido da palavra, significado (semântica); e com recurso à linguagem científica CIPE, ou seja, a nomenclatura que os enfermeiros utilizam na sua prática clínica.

Para análise do *corpus* de cada entrevista, foi necessária uma codificação em que cada código correspondeu a uma determinada categoria. Assim, a categoria - Compreensão do conteúdo foi codificada com a cor vermelha e a letra **(A)**; a categoria - Estrutura e organização foi codificada com a cor rosa e a letra **(B)**; e a categoria - Exequibilidade foi codificada com a cor azul e a letra **(C)**. A cada subcategoria atribuiu-se um código descritivo de acordo com a sua subcategoria (A1, B1 e C1) e cor. No Quadro 24 é possível visualizar as categorias e subcategorias, assim como a respetiva definição e códigos.

Quadro 24 - Categorias e Subcategorias alusivas à perspetiva dos doentes em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético

Categorias (priori)	Subcategorias (posterori)
<p><u>Compreensão do conteúdo</u> (A)</p> <p>Nesta categoria considerou-se as referências que revelaram que os doentes perceberam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a.</p>	<p><u>Perceção</u> Processo do sistema nervoso: registo mental consistente dos estímulos sensoriais; ter a noção de objetos ou de outros dados através dos sentidos (ICN, 2017).</p> <p>Nesta subcategoria foram consideradas as expressões dos doentes que revelaram o efeito de perceber ou não o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a, ou seja, que revelaram que o doente se apoderou das orientações transmitidas e as entendeu ou não.</p>
	<p><u>Capacidade intelectual</u> <i>Status</i>, que é entendido como condição para ... (ICN, 2017).</p> <p>Na subcategoria capacidade intelectual englobou-se as referências dos doentes que revelaram a sua aptidão intelectual para compreender ou não as explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a.</p>
	<p><u>Recursos</u> Forma ou método de concretizar uma intervenção (ICN, 2017).</p> <p>Na subcategoria recursos incluiu-se os registos que traduziram os métodos/ técnicas, utilizados pelo/a Enfermeiro/a, que contribuíram para que as explicações e orientações fornecidas fossem compreendidas e assimiladas.</p>
	<p><u>Objetividade</u> Forma como a realidade lhe é apresentada...</p> <p>Nesta subcategoria considerou-se as referências que revelaram que explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a foram claras, exatas, que não levantou dúvidas ou especulações.</p>

Categorias (priori)	Subcategorias (posteriori)
<p><u>Estrutura e organização</u> (B) Nesta categoria considerou-se todos os registos sobre a sequência com que foram fornecidas as explicações e orientações pelo/a Enfermeiro/a assim como o momento (período) em que estas foram aplicadas.</p>	<p><u>Adequação</u> Adequar - ação de enfermagem: controlar: ajustar alguma coisa de modo a obter o efeito desejado (ICN, 2017). Contemplou-se nesta subcategoria as expressões dos doentes inerentes à sequência, sucessão, encadeamento das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a.</p> <p><u>Momento</u> Fenómeno do eixo do tempo (ICN, 2017). Integrou-se nesta subcategoria as referências dos doentes sobre o tempo, o período, a ocasião, em que foram fornecidas as explicações e orientações pelo/a Enfermeiro/a.</p>
<p><u>Exequibilidade</u> (C) Nesta categoria englobou-se todos os registos inerentes à possibilidade das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a terem ajudado o doente e a possibilidade de outros doentes em situação idêntica beneficiariam do programa (conjunto de intervenções).</p>	<p><u>Consciencialização</u> Consciencialização: percepção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação, ou seja, razão de primeira ordem para a ação (ICN, 2017). Na subcategoria consciencialização considerou-se as citações que revelaram que as explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a ajudaram o doente a tomar consciência da necessidade de iniciar um processo de mudança/ajuste dos seus hábitos alimentares após a intervenção cirúrgica.</p> <p><u>Coping</u> Atitude: gerir o stress e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico (ICN, 2017). Na subcategoria <i>Coping</i> considerou-se as expressões que indicaram que as explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a ajudaram o doente a lidar/gerir a sua situação.</p> <p><u>Papel de Cuidador</u> Papel do indivíduo: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde; membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente (ICN, 2017). A subcategoria papel do cuidador contemplou os registos inerentes à possibilidade das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a terem ajudado, contribuído para capacitar o membro da família/cuidador para o desempenho do papel de cuidador.</p> <p><u>Aprendizagem</u> Pensar: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência (ICN, 2017). Na subcategoria aprendizagem inseriu-se as manifestações que indicaram que as explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a contribuíram para a aquisição de conhecimentos, habilidades para gerir o seu regime dietético.</p>

De forma a permitir uma melhor organização e sistematização dos dados obtidos através das entrevistas, criou-se uma tabela mestra organizada por categorias e subcategorias, estando discriminadas todas as unidades de registo relacionadas com cada uma, e identificou-se as unidades de enumeração respetivas (Apêndice XVIII - Tabela Mestra relativa às referências por categorias e subcategorias). Neste estudo, contou-se o número de vezes com que surgiu cada unidade de registo (Bardin, 2016), associado a cada categoria e subcategoria.

Outro aspeto muito importante na técnica de análise de conteúdo, e que se considerou, foi assegurar a fidelidade dos dados obtidos. Nesta perspetiva, avaliou-se a fidelidade dos dados obtidos, recorrendo à técnica de inter-codificador, através da análise do mesmo conteúdo, por dois codificadores. Após isso, aplicou-se às categorias e subcategorias das quatro entrevistas realizadas o índice de fidelidade preconizado por Ghiglione *et al.* (1980): $N = n \times 2 / i + j > 0,70$, em que: o (N) correspondeu ao valor do índice de fidelidade obtido; o (n) correspondeu ao número de especificações comuns às duas análises; o (i) referiu-se ao número de especificações encontradas na primeira análise; e o (j) equivaleu ao número de especificações identificadas na segunda análise. Para que o valor do índice fosse considerado aceitável, o seu resultado teve que ser igual ou superior a 0,70.

Aplicou-se o índice de Ghiglione *et al.* (1980) às categorias e subcategorias das quatro entrevistas realizadas. Assim, os resultados obtidos foram os seguintes: categoria “compreensão”: N= 0,94; subcategoria “perceção”: N= 0,77; subcategoria “capacidade intelectual”: N= 1; subcategoria “recursos”: N=0,75; subcategoria “objetividade”: N= 1; categoria “Estrutura e organização”: N= 1; subcategoria “adequação”: N= 1; subcategoria “momento”: N= 1; categoria “exequibilidade”: N= 0,90; subcategoria “consciencialização”: N= 1; subcategoria “coping”: N= 0,75; subcategoria “papel de cuidador”: N= 1; e subcategoria “aprendizagem”: N= 0,92. Uma vez que os valores obtidos foram todos superiores a 0,70, conclui-se que estes traduzem aceitabilidade, fundamentando a fidelidade da análise do *corpus* das entrevistas, pelo que se passa à apresentação dos resultados efetivos.

Apresentação dos resultados

Terminada a colheita de dados, o passo seguinte consiste em apresentar e analisar os resultados. Neste sentido, importa realçar que os doentes que integraram este pré-teste foram submetidos à intervenção cirúrgica entre os dias 30 de junho de 2020 e sete de setembro de 2020, com uma média de internamento de 27 dias, pois dois doentes apresentaram várias intercorrências, prolongando o tempo de internamento. O mínimo de dias de internamento foi

de nove dias e, o máximo, de 53 dias. Três dos doentes foram submetidos a gastrectomia total e um, a gastrectomia parcial.

Os dados e resultados obtidos permitem caracterizar a amostra. Constata-se que 50% dos participantes eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Verifica-se que 75% dos doentes que constituíram a amostra tinham idade superior a 65 anos, variando entre os 52 e os 77 anos, sendo a média de idades de 66 anos. Quanto ao estado civil, 50% eram casados e 50% eram solteiros e, no que diz respeito às habilitações literárias, 100% possuía o Ensino Básico (1º ciclo). A maioria dos doentes (75%) encontravam-se numa situação profissional de reforma e, apenas um doente, encontrava-se a trabalhar. Relativamente à variável tempo de início dos sintomas da doença, constata-se que 75% dos participantes iniciaram sintomas da doença entre 6 a 12 meses antes da intervenção cirúrgica e, 25%, há 3 meses.

Numa primeira observação geral da Tabela 22, pode-se verificar um total de 175 unidades de enumeração, resultantes das quatro entrevistas, distribuídas pelas três categorias e dez subcategorias. Denota-se que a categoria “exequibilidade” foi aquela em que se registou uma maior percentagem de unidades de enumeração, 61%; seguindo-se a categoria “compreensão do conteúdo” que obteve 30,9%. Com menor percentagem observa-se a categoria “estrutura e organização” com 8,1%. Verifica-se que, na categoria “exequibilidade”, a subcategoria que mais se evidenciou foi a “aprendizagem”, com 39 unidades de enumeração, correspondendo, em termos percentuais, a 22,2% do total das referências. A segunda subcategoria mais expressiva, incluída na categoria anterior, foi a “consciencialização” com 31 citações, representando 17,7%.

Tabela 22 - Distribuição das unidades de enumeração por categorias e subcategorias alusivas à perspetiva dos doentes em relação ao programa de intervenção de enfermagem

Categoria	Subcategoria	Unidades de enumeração	
		N	%
Exequibilidade	Aprendizagem	39	22,2
	Consciencialização	31	17,7
	<i>Coping</i>	23	13,1
	Papel de Cuidador	14	8,0
Subtotal		107	61%
Compreensão do conteúdo	Recursos	25	14,3
	Perceção	15	8,5
	Capacidade Intelectual	10	5,8
	Objetividade	4	2,3
Subtotal		54	30,9%
Estrutura e organização	Adequação	5	2,9
	Momento	9	5,2
Subtotal		14	8,1
TOTAL		175	100

De forma a permitir uma análise mais pormenorizada e concreta, optou-se por apresentar a análise de conteúdo das entrevistas por categorias, iniciando-se pelas mais referenciadas, e respetivas subcategorias. Contudo, convém salientar que as três categorias formam um todo indissociável, sendo que o resultado global é que permitiu compreender o fenómeno em estudo, ou seja, a perspetiva das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético.

No que concerne a categoria “**exequibilidade**”, como referido anteriormente, foi aquela em que se obteve um maior número de unidades de enumeração (107), correspondendo a 61% do total de unidades, distribuídas por: 39 na subcategoria aprendizagem (22,2%); 31 na consciencialização (17,7%); 23 no *coping* (13,1%); e 14 (8%) no papel de cuidador.

No que concerne a subcategoria “aprendizagem”, compreendida, neste pré-teste, como a aquisição de conhecimentos e habilidades para gerir o seu regime dietético, salienta-se algumas verbalizações: “(...) sinto-me feliz por ir para casa e ter os conhecimentos que tenho que antes não tinha” (E2); “(...) As orientações, ajudaram-me muito, ensinaram-me (...)” (E2); “(...) aprendi que devo comer pouco de cada vez, várias vezes ao dia (...)” (E2); “(...) agora aprendi (...)” (E3).

Quanto à subcategoria “consciencialização” entendida como a consciência da necessidade de iniciar um processo de mudança/ajuste dos seus hábitos alimentares, após a intervenção cirúrgica, realça-se algumas falas dos doentes: “(...) são muitas coisas que tenho de mudar no meu dia a dia na minha forma de comer e o que vou comer” (E1); “(...) eu sei que já não tenho estomago e sei que não posso voltar aos maus hábitos alimentares, (...) tudo tem de mudar” (E2); “(...) orientações que me foram dando fizeram perceber que tenho de mudar os meus hábitos, se quiser viver mais algum tempo (...)” (E2).

Ao nível da subcategoria “coping”, compreendida como a atitude para lidar/gerir a sua situação, distingue-se algumas amostras do *corpus*: “(...) vou fazer um esforço para que em todas as refeições coma alguma coisa. (...)” (E2); “(...) agora não posso olhar para trás tenho de olhar para a frente (pausa).” (E3); “(...) agora tenho de começar uma vida nova, é como renascer (...)” (E4).

No que concerne o “papel de cuidador” entendido como o capacitar do membro da família/cuidador para o desempenho do papel de cuidador, algumas das verbalizações inerentes a esta subcategoria compreendem: “(...) com ela (cuidadora) não falha nada, se disser que é assim é assim” (E2); “(...) com a ajuda da minha amiga, ainda bem que ela também aprendeu, ela será muito importante para a minha recuperação” (E2); “(...) minha mulher também já sabe, como já lhe disse ela é que trata da cozinha.” (E3).

Seguidamente, a categoria “**compreensão do conteúdo**” foi a que obteve um segundo maior número de unidades de enumeração, 54, correspondendo a 30,9%, sendo a subcategoria “recurso” aquela em que se evidenciou uma maior percentagem de registos, 14,3% (25 unidades). Seguiu-se a subcategoria “perceção”, 8,5% (14), a “capacidade intelectual”, 5,8% (10) e, com menor percentagem, a subcategoria objetividade, 2,3% (4 unidades).

Na subcategoria “recursos”, percebida como os métodos para concretizar as intervenções, os doentes manifestaram várias expressões alusivas: “(...) Os enfermeiros explicavam e voltavam a explicar (...)” (E1); “(...) Explicaram muito bem e várias vezes (...)” (E3); “Sempre que não compreendia bem, voltavam a explicar o que deveria fazer.” (E4); “(...) explicaram várias vezes, para mim foi bom” (E4); “Tenho todas as instruções escritas (...)” (E4).

Algumas das verbalizações inerentes à “perceção”, ou seja, que revelaram que o doente percebeu ou não as orientações transmitidas compreenderam: “(...) eu percebi muito bem o que me explicaram (...)” (E3); “Sim, sim, eu percebi muito bem todas as orientações que me foram dadas (...)” (E4); “Sim, sim eu percebi (...)” (E4); “(...) por vezes não percebia bem por causa da língua (viveu muitos anos na Venezuela)” (E4).

Por outro lado, a subcategoria “capacidade intelectual”, correspondendo à aptidão intelectual para compreender ou não as explicações fornecidas, releva-se: “(...) não me ficou tudo na cabeça (E1); “(...) muitas orientações não me ficavam na cabeça” (E1); “foi ficando alguma coisa na cabeça sobre como deveria fazer as minhas refeições (...)” (E1); “(...) não ficou tudo na minha cabeça (...)” (E1); “(...) a minha cabeça pode muito bem falhar alguma coisa (...)” (E2); “(...) posso esquecer-me de alguma coisa (...)” (E2); “(...) muita coisa foi ficando na cabeça (...)” (E3).

No que concerne a subcategoria “objetividade”, esta correspondeu à que obteve menor percentagem de unidades de enumeração, apenas quatro, correspondendo a 2,3% do total. As falas dos doentes que manifestam que as explicações e orientações foram claras, que não levantaram dúvidas ou especulações, ou seja, que demonstraram objetividade foram: “(...) não tenho nenhuma dúvida” (...) (E1); “Para mim, assim foi muito bem, foram claros (...)” (E2); “(...) foram muito claros nas explicações” (E3); “Daquilo que me explicaram não tenho dúvidas (...)” (E4).

Relativamente à categoria “**Estrutura e organização**” e respetivas subcategorias que a compõem, constata-se que esta categoria foi a terceira com maior percentagem de unidades de enumeração, 14, o que corresponde a 8,1% do total, sendo que a subcategoria “momento” obteve nove unidades de enumeração, 5,2%, e a subcategoria “adequação” obteve cinco unidades, 2,9%.

Algumas expressões utilizadas pelos participantes na subcategoria “adequação” retrataram que a sequência, sucessão, encadeamento das explicações e orientações foram adequadas: “(...) quando o médico disse que já ia começar a comer eu já sabia como deveria beber o chá e a água (...)” (E1); “Ainda bem, que não falaram de comer antes de puder beber água e chá.” (E3); “Estava desejando de comer, sem poder comer, para mim não fazia sentido falarem sobre o comer” (E3).

No que se refere à subcategoria “momento”, todas as expressões demonstraram que o período, a ocasião, em que as explicações e orientações foram fornecidas foi o ideal como se pode averiguar por algumas verbalizações dos doentes: “(...) penso que as orientações foram dadas no momento certo (...)” (E1); “Para mim as explicações foram dadas na altura própria” (E2); “Se falassem 15 dias antes de iniciar a alimentação os cuidados a ter, iria esquecer-me, para mim foi bom assim” (E2); “Para mim, foi no tempo certo” (E2).

Terminada a fase de apresentação e análise dos dados, inicia-se, no próximo capítulo, a discussão global dos resultados da investigação.

Capítulo III - Discussão global dos resultados da investigação

Terminada a apresentação e análise dos dados inerentes às diferentes fases do presente estudo, neste capítulo apresenta-se a discussão dos dados globais, à luz da evidência científica atual e, considerando os objetivos definidos. Recordar-se, que este estudo teve como objetivo geral, desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, com a finalidade de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja promotora da autogestão do regime dietético, o qual contribua para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida.

Na fase preliminar desta investigação realizou-se uma revisão sistemática da literatura, a qual possibilitou a identificação das intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico e delimitar o foco do estudo. Assim como se realizou uma revisão integrativa da literatura que permitiu elencar 53 intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão do regime dietético da população-alvo, considerando-se estas revisões como métodos que permitem alicerçar a prática baseada na evidência científica (Sousa *et al.*, 2018). Não obstante a relevância da informação evidenciada, considerou-se ainda pertinente realizar um estudo de consensos com peritos na área em estudo, com recurso à técnica de *Delphi*. É de salientar que o consenso foi obtido após três rondas, o que está de acordo com alguns autores que afirmam que, de forma geral, num estudo com esta técnica, são utilizadas duas a três rondas de opiniões de forma a obter o consenso pretendido (Chalmers & Armour, 2019; Polit & Beck, 2017; Scarparo *et al.*, 2012; Wright & Giovinazzo, 2000).

Fazendo uma síntese, salienta-se que a 1ª ronda *Delphi* se iniciou com 53 intervenções de enfermagem que emergiram da revisão integrativa da literatura. Ao fim da 1ª ronda, obteve-se consenso para 48 intervenções e emergiram três novas intervenções de enfermagem. Contudo, tendo por base as sugestões e comentários dos peritos, 14 intervenções foram modificadas, em termos de semântica, no sentido de obter o consenso para a sua inclusão após modificação. Assim, foram submetidas à 2ª ronda 22 intervenções de enfermagem, sendo que se obteve o consenso para 15, submetendo-se sete intervenções à 3ª ronda, cujo consenso também foi obtido.

Iniciou-se a 1ª ronda *Delphi*, propondo as intervenções de enfermagem organizadas em dois grandes momentos distintos: período pré-operatório e período pós-operatório, subdividindo este em imediato/mediato e preparação para o regresso a casa. No final da 1ª ronda, atendendo aos critérios de consenso definidos, todas as intervenções de enfermagem

propostas para serem implementadas no período pré-operatório, cumpriram os critérios de inclusão. Alcançou-se 100% de consenso em quatro intervenções, por exemplo: “Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia”; “Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação”.

No processo de cuidar do doente cirúrgico, compete ao enfermeiro a recolha de informação pormenorizada, a exploração dos conhecimentos que o doente possui, assim como a identificação das necessidades de autocuidado (do doente e da família) e o seu nível de competência para o autocuidado e autogestão (Gonçalves *et al.*, 2017; Paiva *et al.*, 2011). Este facto permitir-lhe-á planear as intervenções de enfermagem adequadas às necessidades identificadas e o regresso a casa, pois, sejam quais forem os tipos de intervenções, recomenda-se que sejam individualizadas/personalizadas (Filomeno *et al.*, 2020; Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Vários são os estudos que realçam o papel privilegiado que o enfermeiro deve assumir na determinação do conhecimento que o doente possui e no fornecimento de informação de acordo com as necessidades detetadas, verificando-se que, de um modo global, os doentes consideram-se pouco informados, revelam poucos conhecimentos no período pré-operatório, facto este que irá dificultar o processo de transição saúde/doença que a cirurgia implica, e, igualmente, a possibilidade da sua participação ativa na tomada de decisão (Gomes, 2009; Gonçalves *et al.*, 2017). Determinar o conhecimento que o doente e a família possuem, contribuirá, também, para o esclarecimento das dúvidas que ainda possam ter, adequando a informação e promovendo a aceitação da necessidade da cirurgia (Castro *et al.*, 2017; Park & Park, 2010; Sands, 2010).

Com esta reflexão remete-se para a primeira fase do processo de enfermagem, metodologia utilizada na organização deste programa de intervenção. Nesta fase e na admissão do doente, o enfermeiro deve realizar uma avaliação inicial, que implica reunir dados objetivos e subjetivos, formando uma base de dados sobre as necessidades do doente, os seus problemas de saúde, o conhecimento que possui sobre a sua situação e as capacidades/competências que apresenta (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017). Releva-se que as intervenções “Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia” e “Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação” obtiveram um consenso elevado, sendo exemplo daquelas que mais se aproximaram do consenso perfeito.

No que concerne as intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato, constatou-se que apenas a intervenção “Administrar vitamina B₁₂ (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total)” não revelou consenso para inclusão ou para a exclusão, obtendo consenso só no final da 3ª ronda. Contudo, vários estudos referem que a deficiência de vitamina B₁₂ é uma complicação comum em doentes submetidos a gastrectomia. Esta deficiência pode desenvolver-se até um ano após a gastrectomia total, mesmo antes do início da anemia, existindo a necessidade de suplementação no pós-operatório desta cirurgia, pois a administração parenteral desta vitamina é o único tratamento adequado para prevenir a anemia (Adachi *et al.*, 2000; Ferraz *et al.*, 2018; Lee *et al.*, 2019; Moleiro *et al.*, 2018; Ruivo *et al.*, 2015). No estudo desenvolvido por Ferraz e colaboradores (2018) todos os doentes envolvidos na sua pesquisa tiveram orientação de suplementação vitamínica e mineral a partir do pós-operatório imediato (Vitamina B₁₂ – cianocobalamina - uma ampola intramuscular ao final do primeiro mês de pós-operatório).

Da análise efetuada aos comentários dos peritos, constatou-se que, uma das justificações pela qual esta intervenção não obteve consenso logo nas 1ª e 2ª ronda, reside no fato dos peritos alegarem que esta intervenção vai depender da situação específica do doente (valores laboratoriais). Contudo, os autores são unânimes em considerar que esta intervenção deve ser implementada de forma preventiva, pois no caso da gastrectomia total, não existindo o fator intrínseco para se ligar à vitamina B₁₂, de forma a promover a sua absorção no íleo, conduz à instalação de uma anemia perniciosa (Seeley *et al.*, 2011; VanPutte *et al.*, 2017).

Outro comentário apontado pelos peritos, reside no fato de que a administração desta vitamina necessita de prescrição médica, não sendo considerada uma intervenção autónoma de enfermagem. Apesar do presente programa de intervenção ser um programa de enfermagem, atendendo à evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que o programa deveria incluir, este inclui também as intervenções interdependentes. O enfermeiro, no exercício das suas funções, implementa intervenções autónomas, mas também interdependentes, tendo subjacente o pensamento de que todas as intervenções, independentemente da sua natureza, requerem que se faça uso do pensamento crítico e se tomem decisões. Mesmo as intervenções que advêm de uma prescrição médica, como é o caso, o enfermeiro não se limita a administrar a terapêutica, havendo a necessidade de validar se se adequa ao doente e à sua situação, antes de proceder à sua administração, assumindo ainda a responsabilidade por tal decisão (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Todas as restantes intervenções de enfermagem, a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato, cumpriram os critérios de consenso inerentes à inclusão. Obteve-se 100% de consenso nas intervenções “Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (p. ex.: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional)” e “Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida”. Destaca-se que em nenhuma das intervenções houve consenso perfeito, mas em todas se constatou consenso elevado, sendo as intervenções referidas anteriormente exemplo daquelas que mais se aproximaram do consenso perfeito. O período pós-operatório imediato inicia-se logo após o *terminus* da cirurgia, sendo que as primeiras horas são de vital importância para a avaliação e deteção de eventuais complicações cirúrgicas. A assistência de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgias gastrointestinais, além dos cuidados de enfermagem gerais, os quais visam a promoção do conforto e do bem-estar, exigem que o enfermeiro possua um amplo conhecimento das alterações fisiológicas induzidas pelo ato cirúrgico, no sentido de detetar, precocemente, possíveis alterações que possam condicionar o quadro clínico do doente (Hinkle *et al.*, 2018; Mello *et al.*, 2010; Sands, 2010).

Os doentes, no pós-operatório imediato de uma cirurgia gastrointestinal, geralmente necessitam de uma assistência em unidades de cuidados intensivos ou intermédios, devido ao risco das múltiplas complicações, as quais podem ocorrer pela complexidade da cirurgia e dos fatores de risco inerentes ao próprio doente. Assim, o enfermeiro deve estar atento às complicações imediatas, como a distensão abdominal, obstrução intestinal, hemorragias, entre outras, atuando em conformidade (Castro *et al.*, 2017; Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010). No pós-operatório, o doente manterá jejum e uma sonda nasogástrica em drenagem, até ao início da dieta, sendo que algumas destas complicações podem surgir aquando do reinício da mesma (Castro *et al.*, 2017).

Com o início e progressão da dieta, outras complicações poderão surgir, sendo a síndrome de *dumping* uma complicação comum da cirurgia gástrica, em que, na maioria dos casos, pode ser evitada ou controlada com as alterações na dieta e estilos de vida (Castro *et al.*, 2017; Chaves & Destefani, 2016; Rivera *et al.*, 2007; Scarpellini *et al.*; 2020; Tsai *et al.*, 2020). A educação alimentar adequada, nomeadamente, mastigar bem os alimentos, reduzir o consumo de açúcares, o incentivo do consumo de carboidratos de absorção lenta, o evitar beber líquidos durante as refeições e nos 30 minutos após, entre outros, são exemplo de algumas intervenções que podem melhorar esta síndrome (Castro *et al.*, 2017; Hernández *et al.*, 2019; Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010).

Os resultados obtidos nas intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório (preparação para o regresso a casa), em que se verificou 100% de consenso nas intervenções “Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de *dumping*...)” e “Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos” corroboram a evidência científica. Igualmente, a intervenção “Providenciar instruções por escrito (panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos” obteve um consenso de 100%. O recurso ao suporte educativo (folheto, panfleto) tem sido utilizado por vários estudiosos aquando da aplicação de programas de intervenção revelando que, tanto os doentes como os enfermeiros, reconhecem mais valias na sua utilização. Através da RIL realizada, na fase preliminar desta investigação, verificou-se que os autores dão ênfase ao suporte educativo disponibilizado ao doente, nomeadamente panfletos/folhetos como meio para melhorar o conhecimento e a satisfação dos doentes, assim como para induzir a adesão ao tratamento, ao regime dietético e estilos de vida, entre outros (Nascimento *et al.*, 2015; Sustersic *et al.*, 2016), sendo considerado um recurso útil para os doentes e seus cuidadores, ajudando-os a se adaptarem às suas novas circunstâncias.

Já em 2020, Bana *et al.*, no estudo que desenvolveram, no qual um dos objetivos foi a implementação de um programa de autogestão de sintomas em doentes com cancro intitulado “The Symptom Navi © Program”, concluíram que, tanto os enfermeiros como os doentes, confirmaram que, aquando da intervenção, a estratégia de fornecimento de informação escrita através de folhetos de informação facilitou a autogestão dos sintomas. No mesmo ano, um estudo desenvolvido por Campbell *et al.* (2018) revelou que os folhetos informativos contribuíram para melhorar significativamente a consciência dos sintomas relacionados com o cancro ginecológico e reduzir as barreiras na procura de ajuda.

Aferiu-se que todas as intervenções de enfermagem a serem implementadas, no período pós-operatório e de preparação para o regresso a casa, cumpriam os critérios de inclusão, evidenciando um nível de consenso elevado, sendo as intervenções referidas anteriormente exemplo daquelas que mais se aproximaram do consenso perfeito. Salienta-se ainda que, no que concerne as intervenções de enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório (preparação para o regresso a casa), quatro não revelaram consenso para inclusão ou para exclusão, na 1ª ronda, obtendo-se o consenso só na 3ª ronda. Estão incluídas neste grupo as intervenções “Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 minutos”, “Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos”, “Orientar para que os antiespasmódicos, também podem ajudar no atraso do

esvaziamento gástrico” e “Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos”.

Apesar destas intervenções terem como objetivo contribuir para evitar o aparecimento da síndrome de *dumping*, os peritos não foram consensuais para a sua inclusão na 1ª ronda. Pelos comentários realizados por estes, percebe-se que estas intervenções não correspondiam exatamente às práticas diárias dos peritos, como por exemplo: “na minha prática, considero ser mais favorável manter a posição de sentado e se possível deambular pelo menos 5-10 minutos”. Refletindo sobre este facto, vários autores aludem que, aquando das várias rondas na técnica *Delphi*, os peritos têm oportunidade de apresentar os seus pontos de vista, de comparar com as perspetivas do grupo, de argumentar e defender as suas posições e, ao mesmo tempo, reconsiderar e alterar as mesmas (Chalmers & Armour, 2019; Marques & Freitas, 2018; Wright & Giovinazzo, 2000).

No final da 1ª ronda emergiram três novas intervenções: “Avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica”; “Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica”; e “Assegurar a continuidades de cuidados na comunidade após o regresso a casa”. Deste modo decidiu-se propô-las para a 2ª ronda. Estas intervenções remetem o pensamento para a teoria das transições de Meleis e colaboradores (2010), a qual tem como pilares do processo de transição a natureza das transições; condicionantes facilitadores e inibidores da transição; padrões de resposta; e intervenções terapêuticas de enfermagem (Meleis *et al.*, 2010).

A consciencialização (*awareness*), é uma das propriedades/características da teoria das transições de Meleis *et al.* (2010), essencial às experiências de transição. Para que esta se faça, de forma saudável, é necessário a pessoa consciencializar-se das mudanças que precisa fazer. Nas situações em que a pessoa não se encontra consciencializada é necessário, primeiramente, resolver as barreiras que limitam a consciencialização. Também, para entender as experiências da pessoa durante um processo de transição, é fundamental reconhecer os fatores facilitadores, no sentido de o enfermeiro poder ajudar a pessoa a alcançar uma transição saudável. Por sua vez, os recursos da comunidade também podem facilitar (o apoio familiar, o acompanhamento dos profissionais de saúde, entre outros) ou dificultar o processo de transição (informação insuficiente, inadequado planeamento de acompanhamento, entre outros) (Meleis *et al.*, 2010). Desta forma, considerou-se que faria todo o sentido integrar estas intervenções. Destaca-se que a propriedade “consciencialização”, assim como algumas condicionantes do “processo de transição”,

nomeadamente o papel do cuidador, emergiram como subcategorias aquando da realização do pré-teste ao programa de intervenção, o que se considera que vem sustentar, uma vez mais, a pertinência de se ter incluído estas intervenções de enfermagem.

No que se refere aos resultados globais da 2ª ronda, importa referir que as intervenções de enfermagem que não obtiveram consenso na ronda anterior continuaram a não serem consensuais, assim como a intervenção “Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica”, sendo propostas para a 3ª ronda. Nesta última ronda, todas as intervenções obtiveram consenso para inclusão. Com 100% de consenso denota-se as intervenções: “Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples” e “Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total)”. É interessante perceber que estas intervenções, sem consenso nas 1ª e 2ª rondas, acabaram por ter um consenso elevado na 3ª ronda, reforçando a ideia de que os peritos, ao longo do processo, vão reconsiderando a sua posição. Salienta-se que, em todas as intervenções, obteve-se um consenso elevado com exceção do “Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição (durante 20 a 30 minutos) até o doente não apresentar alterações gástricas”, a qual obteve um nível de consenso moderado. Do processo de obtenção de consensos, resultou uma listagem de 56 intervenções de enfermagem promotoras da autogestão do regime dietético, cruciais para a gestão das alterações do sistema gastrointestinal pós cirurgia ao cancro gástrico.

Após, o consenso sobre as intervenções de enfermagem que devem integrar o programa que se propõe desenvolver ter sido alcançado, continuou-se a caminhada metodológica, com a realização de um *focus group*, com o objetivo de adequar a linguagem atribuída às intervenções de enfermagem à nomenclatura CIPE, permitindo a sua melhor utilização nos contextos da prática clínica de enfermagem, nomeadamente no que se refere ao recurso às aplicações informáticas e linguagem classificada em uso na grande maioria das instituições de saúde. A linguagem classificada (CIPE) apresenta todos os componentes que constituem a prática dos enfermeiros. Integra, organiza, permite a continuidade dos cuidados, promove o desenvolvimento do raciocínio lógico no processo de cuidar e permite ainda comparar as atividades em contextos distintos e geograficamente dispersos (Barra & Sasso, 2012, Figueira *et al.*, 2018), permitindo ainda partilhar informações sobre a prestação de cuidados e ganhos em saúde (OE, 2016).

A proposta de enunciados das intervenções de enfermagem, apresentada pelo investigador, foi colocada a debate, verificando-se a necessidade de ajustar alguns termos de ação ao

conteúdo que lhe estava inerente, de modo a tornar a linguagem mais significativa e adequada aos enunciados CIPE, sem desvirtuar a essência das intervenções originais, obtidas através da revisão integrativa da literatura e consensualizadas pelos peritos. Também se individualizou as intervenções para o doente e membro da família/prestador de cuidados, visto se tratar de dois tipos de cliente. Uma vez que, algumas intervenções, apresentam mais do que um foco de atenção numa mesma ação, houve a necessidade de definir o foco principal, de forma que não fosse gerador de dúvidas. Contudo, segundo a OE (2016), a construção de intervenções de enfermagem, com a utilização do modelo de sete eixos da CIPE, apresenta algumas recomendações para a criação de enunciados de intervenções de Enfermagem. Devem ter um termo do eixo da Ação, incluir pelo menos um termo Alvo, que pode ser um termo de qualquer eixo exceto do Eixo do Juízo e, ainda, pode incluir termos adicionais, conforme necessário, do eixo da Ação ou de qualquer outro eixo. Isto significa que, no que se refere à validação das regras dos enunciados de enfermagem propostos, os peritos consideraram que os mesmos estavam conforme as recomendações. Porém, atendendo à sua vasta experiência na área, consideraram, por unanimidade, a necessidade de ajustar alguns termos da ação, individualizar as intervenções de acordo com o cliente e definir o foco principal de cada intervenção, de forma a não se perder a essência das intervenções.

Assim, após a concretização destas ações, realizou-se uma análise global no sentido de verificar a harmonia e coerência da terminologia, havendo a necessidade de ainda adequar alguns termos e de eliminar algumas intervenções de enfermagem oriundas do estudo de *Delphi* e propostas pelo investigador por sobreposição, sendo que o recurso à CIPE representou a possibilidade de uma prestação de cuidados sistematizada e uniformizada, contribuindo para fortalecer a prática profissional (Beserra, *et. al.*, 2018). Também, Duarte *et al.*, (2019) corroboram os autores anteriores, mencionando que, em enfermagem, a terminologia CIPE tem um papel fundamental, devido à influência que a mesma tem no desenvolvimento da prática, pois a sua utilização proporciona melhorias nos registos por meio de padronizações da linguagem e termos, possibilitando o desenvolvimento de uma nomenclatura específica e reduzindo ambiguidades. Do *focus group* resultaram 53 intervenções de enfermagem.

Durante todo este processo teve-se preocupação na validação do potencial para a adaptação ao sistema informático em vigor no Sistema Regional de Saúde da RAM (SESARAM, EPERAM). Segundo Paese *et al.*, (2018) a CIPE® possui uma forma robusta e sólida para o desenvolvimento do processo de enfermagem informatizado, capaz de apoiar o enfermeiro na tomada de decisão e de melhorar a qualidade dos cuidados prestados. É considerado pelo grupo de peritos (enfermeiros da prática de cuidados e que integram o grupo de coordenação

dos registos eletrónicos de enfermagem da RAM) que, atendendo ao facto da proposta apresentada prever a organização das intervenções pelos tempos operatórios (pré e pós-operatório), conforme suportado nalguma literatura (Hinkle *et al.*, 2018; Sands, 2010), isto poderia dificultar este processo, sendo sugerida a organização das intervenções de enfermagem pelas necessidades de cuidados e correspondente *status* diagnóstico, em vez dos tempos operatórios, sugestão que foi tomada pelo investigador. Neste sentido, surgiu o foco principal norteador do juízo clínico do enfermeiro, autogestão do regime dietético, sendo ajuizado com o termo potencialidade.

A CIPE, é uma terminologia que representa o que os enfermeiros observam, diagnosticam, as ações que empreendem para resolver os problemas de saúde das pessoas avaliando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Barra & Sasso, 2012, OE, 2016, Figueira *et al.*, 2018). Este pensamento, também se encontra subjacente à metodologia do processo de enfermagem, sendo considerada uma ferramenta metodológica sólida, baseada numa estrutura teórica e científica, para planear, organizar e sistematizar os cuidados, permitindo a autonomia na decisão, organização do trabalho e, sobretudo, a qualidade dos cuidados focado no cuidado integral e individual (Benedet *et al.*, 2016; Costa & Silva, 2018). Assim, decidiu-se estruturar/organizar o programa de intervenção seguindo a metodologia do processo de enfermagem.

Após a organização do programa de intervenção, tendo por base os pressupostos apresentados anteriormente, realizou-se um pré-teste ao mesmo, com o objetivo de evidenciar a perspetiva das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia, em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, em termos de “exequibilidade”, “compreensão do conteúdo” e “estrutura e organização”. De forma global, as expressões dos doentes, indicaram que o programa é exequível, que entenderam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a enfermeiro/a, considerando-as claras, exatas, não capazes de suscitar dúvidas ou especulações e que a sequência, assim como o momento (período) em que estas foram fornecidas, foi o adequado.

Realça-se que a “exequibilidade” do programa de intervenção testado, pode ser vista através das subcategorias que emergiram durante a análise ao *corpus* das entrevistas. A subcategoria “aprendizagem”, incluiu as expressões dos doentes que indicaram que o programa de intervenção contribuiu para a aquisição de conhecimentos e habilidades para gerir o seu regime dietético, para a “consciencialização”, uma vez que revelaram que o programa de intervenção os ajudou a tomar consciência da necessidade de iniciar um processo de mudança/ajuste dos seus hábitos alimentares após a intervenção cirúrgica, para o “*coping*”,

ou seja, demonstrando que o programa de intervenção ajudou a lidar/gerir a sua situação, e para a importância do papel do cuidador, na medida que os registos evidenciaram que o programa de intervenção contribuiu para capacitar o membro da família/cuidador para o desempenho do referido papel.

A “aprendizagem” destacou-se por ser a subcategoria em que se verificou uma maior percentagem de unidades de enumeração. Neste sentido, os resultados obtidos vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo desenvolvido por Fernández *et al.* (2020), em que as pessoas que participaram no programa de tratamento não farmacológico para enfrentar o cancro, por eles implementado, adquiriram novos conhecimentos sobre a doença e os seus tratamentos. Por outro lado, a troca de informações sobre aspetos físicos, psicológicos e sociais, favoreceram a educação e a visão positiva da situação.

Neste estudo, vários relatos dos doentes comprovam que o programa de intervenção implementado lhes permitiu a aquisição de conhecimentos e de habilidades para gerir o seu regime dietético. São exemplo as seguintes expressões: “penso que as orientações vão ajudar-me muito quando chegar a casa a fazer as coisas de forma correta e assim ter uma boa recuperação, sem complicações” (E1); “(...) sinto-me feliz por ir para casa e ter os conhecimentos que tenho que antes não tinha (...)” (E2); “sinto que estou preparada para ir para casa” (E2). Estes resultados estão em consonância com os encontrados por Brunet *et al.* (2020) na investigação que desenvolveram “The Process of Self-Management: A Qualitative Case Study Reporting on Cancer Survivors' and Program Staff's Experiences Within One Self-Management Support Intervention” em que concluíram que o programa de apoio à autogestão promoveu o conhecimento, a confiança e as habilidades dos sobreviventes de cancro.

Nesta perspetiva, os resultados dos estudos apresentados anteriormente, vêm corroborar os pressupostos apresentados na teoria de Meleis *et al.*, 2010, no que se refere aos condicionantes facilitadores e inibidores da transição. O mesmo considera que a preparação prévia e o conhecimento surgem como condicionantes pessoais, pois, quando presentes, facilitam o processo de transição e, quando ausentes, são inibidores (Meleis *et al.*, 2010). Assim, pelos resultados obtidos no pré-teste, inferiu-se que o facto do doente ter sido preparado previamente, desde o período pré-operatório (o programa teve início na admissão do doente), fez com que ele adquirisse conhecimentos e revelasse aprendizagem, contribuindo para o seu *empowerment* na vivência de uma transição saudável, neste caso em específico, o aprender a lidar com o evento crítico/ponto de viragem, correspondente a passar a viver sem estômago.

Por outro lado, no estudo desenvolvido por Silva *et al.*, (2017) subordinado ao tema “viver com uma ileostomia”, os autores constataram que o conhecimento e as habilidades são condições facilitadoras do processo de transição por influenciarem, positivamente, aquela que é a propriedade central deste processo – a consciencialização. Através dos resultados obtidos e, tendo por base a evidência científica, concluiu-se que o facto dos doentes terem adquirido conhecimentos e revelarem aprendizagem, através da implementação do programa, contribuiu para a consciencialização, característica definidora da transição, conceptualizada como sendo a passagem de um estado, condição ou estatuto, para outro, o qual requer uma adaptação e ajustamento à nova situação. Implica modificar a forma de viver, ou seja, a redefinição da forma de ser e de estar da pessoa que vive este processo (Meleis *et al.*, 2010).

No presente estudo, existiram citações dos doentes que evidenciaram que o programa de intervenção desencadeou a consciencialização da necessidade de um processo de mudança/ajuste dos seus hábitos alimentares após a intervenção cirúrgica: “(...) orientações que me foram dando fizeram perceber que tenho de mudar os meus hábitos, se quiser viver mais algum tempo (...)” (E2); “Pena, que só aprendi da pior forma possível”; “(...) a alimentação que fazia na Venezuela, não era a melhor para a minha saúde (...)” (E4).

É de salientar ainda, que, a necessidade de o doente ser submetido a cirurgia, surge na vida deste como um imperativo, ajudando-o na consciencialização da mudança que tem de ocorrer na sua vida, no reconhecimento da necessidade de alteração dos seus estilos de vida, nomeadamente do seu regime dietético e na necessidade do seu envolvimento durante todo o processo. O processo de transição só tem início quando existe a consciencialização das mudanças que estão a ocorrer ou que vão ocorrer. Assim, como a consciencialização corresponde a uma propriedade da Teoria das Transições de Meleis *et al.*, 2010), o envolvimento também o é, estando intrinsecamente associado à primeira, pois o envolvimento do doente no seu próprio processo só ocorre se ele apresentar conhecimento e consciência da situação que está a vivenciar, sendo o envolvimento, caracterizado pela participação ativa da pessoa e seu empenho/envolvimento no processo de transição (Meleis *et al.*, 2010).

Existiram outras referências que comprovam que os doentes demonstraram que a consciencialização estava presente: “(...) eu sei que já não tenho estômago e sei que não posso voltar aos maus hábitos alimentares que tinha antes da operação, tudo tem de mudar” (E2); “(...) antes de ser operada já sabia que iam retirar um pedaço do estomago e que não poderia voltar a fazer as refeições como fazia antes” (E4). Esta condição é considerada essencial para que exista o envolvimento do doente durante o processo de transição. Neste sentido, os resultados do estudo de Missel, *et al.*, 2018 apuraram que, os doentes que

usufruíram de uma intervenção nutricional de educação e aconselhamento após cirurgia curativa para o carcinoma de esófago, desenvolveram altos níveis de consciência corporal e que estes viviam dando maior atenção às suas funções corporais desde o momento da reintrodução da alimentação.

Contudo, a consciencialização total da necessidade de mudança, raramente acontece logo após o acontecimento, uma vez que é necessário tempo para interiorizar o que mudou. Assim, embora os doentes que participaram neste estudo se encontrassem em processo de transição no pós-operatório, porque já possuíam consciencialização da mudança, como se pôde constatar anteriormente, esta não se encontra plena, porque o confronto com as dificuldades dar-se-á aquando do regresso a casa, como de pode perceber por algumas manifestações dos doentes: “(...) difícil poderá ser fazer tudo direitinho” (...) (E3); “(...) por enquanto nem metadinha do que me trazem (refere-se à refeição) se vai (pausa) mas com tempo e calma, eu vou ter que tomar juízo (...)” (E2).

Para que o processo de consciencialização seja total, torna-se importante o doente desenvolver um *coping* efetivo que o ajude a lidar/gerir a sua situação, face às alterações causadas pela doença e intervenção cirúrgica. A subcategoria “*coping*” que emergiu nesta investigação, também é tida em conta na teoria de médio alcance de Meleis *et al* (2010), sendo considerado como um indicador de processo que permite evidenciar se a pessoa está a vivenciar uma transição saudável ou não (Meleis *et al.*, 2010). Segundo estes autores, este indicador traduz a compreensão e a capacidade da pessoa para entender a necessidade da mudança, desenvolvendo estratégias para adquirir confiança e gerir o seu processo de transição. Assim, menciona-se algumas referências dos doentes que expressaram um *coping* efetivo: “(...) vou para casa mais descansado com este apoio (olha para o panfleto)” (E1); “(...) não vou voltar aos velhos hábitos (...)” (E3).

Da RSL realizada, identificou-se um artigo desenvolvido por Faller *et al.*, (2009), que verificou que a educação dos doentes com cancro gástrico, através de programas interativos, revelou ser mais eficaz no que respeita ao conhecimento do doente em relação à sua condição/doença a curto e longo prazo e, também, ao nível do lidar com a doença (*coping*) a curto prazo, quando comparado com a utilização de um programa baseado apenas na informação. Também, Fernández *et al.* (2020), através do seu estudo, evidenciaram que o programa de intervenção que utilizaram revelou bons resultados na aquisição de estratégias positivas para lidar com a doença e seus sintomas, favorecendo o espírito de luta, o otimismo, a esperança e, de modo geral, uma atitude mais positiva em relação à situação. Noutra perspetiva, na Turquia, um outro estudo revelou que as estratégias de *coping* mais

importantes utilizadas pelos doentes com cancro são o “*religious coping*”, “*spiritual connection*” e o “*pleading for direct intercession*” (Ahmadi *et al.*, 2020). Neste sentido, no presente estudo, também se constata que os doentes apelam à intercessão divina: “(...) se Deus quiser com o passar do tempo vou conseguir meter mais alguma coisa na boca (...)” (E2).

Recorrendo, novamente, ao modelo teórico proposto por Meleis *et al.* (2010), nesta discussão dos resultados obtidos na categoria da “*exequibilidade*”, o papel de cuidador, surge nesta teoria no pilar “*fatores condicionantes*”, nos recursos da comunidade, uma vez que o apoio familiar/cuidador pode ser considerado facilitador, o que se verificou nos resultados obtidos na investigação: “(...) é ela (cuidadora) que me vai ajudar em casa (...)” (E2); “(...) com a ajuda da minha amiga, ainda bem que ela também aprendeu, ela será muito importante para a minha recuperação” (E2). Silva e Silva (2020) referem que o cuidador será alguém que terá a responsabilidade de cuidar de outro, implicando o desenvolvimento de uma dimensão cognitiva, no sentido deste aprender os cuidados a serem desenvolvidos, pois, algumas atividades que eram anteriormente desconhecidas, passam a fazer parte da rotina do cuidador, o que significa que a adaptação à nova realidade deve ser realizada não só pelo doente como também pela pessoa que assume o papel de cuidador.

Corroborando a ideia anterior, outros investigadores reforçam que o papel de cuidador de doentes com cancro é complexo e requer conhecimentos e habilidades a vários níveis, nomeadamente na gestão de uma variedade de alterações que ocorrem devido à doença. Deste modo, considera-se que os profissionais de saúde têm a responsabilidade de apoiar os cuidadores, antecipando as suas necessidades e adaptando as informações a essas necessidades (Berry *et al.*, 2017; Pethybridge *et al.*, 2020).

Assim, optou-se pela inclusão no programa de intervenção que se desenvolveu, intervenções de enfermagem dirigidas ao cuidador, pois em algumas circunstâncias, é o cuidador quem irá assumir a gestão do regime dietético, como documenta o seguinte enunciado: “Tenho a minha mulher para ajudar e fazer o comer (...)” (E3). Neste sentido, e em muitas situações, o cuidador assume -se como agente central da produção do cuidado (Eskes *et al.*, 2020; Matthews *et al.*, 2020; Silva & Silva, 2020).

Destaca-se, que a categoria “*exequibilidade*”, com a maior percentagem de unidades de enumeração, vem fortalecer a pertinência, o valor e potencial do programa de intervenção a ser utilizado nos contextos da prática, uma vez que, a partir dos relatos dos doentes a quem foi implementado o programa, foi possível evidenciar a aprendizagem, a consciencialização,

um *coping* efetivo, e ainda fez emergir o papel fundamental que o cuidador pode assumir neste processo.

No que concerne a categoria “compreensão do conteúdo” do programa, as expressões dos doentes revelaram que os recursos utilizados na implementação do programa de intervenção foram essenciais para a sua compreensão e assimilação. Da interpretação que se faz, aos resultados obtidos na subcategoria “recursos”, infere-se que a mesma foi alcançada, fundamentalmente, através dos métodos/técnicas de comunicação e do suporte educativo (panfleto), utilizado na implementação do programa.

Através das expressões dos doentes, emergiram vários métodos/técnicas de comunicação utilizados pelos enfermeiros na transmissão da informação/educação para a saúde. Incluem-se a disponibilidade “Disponíveis para tudo (...) para ensinar, para explicar (...)”, (E2), “Tiveram muita paciência para mim (pausa)” (E4); o questionamento “(...) estavam sempre a perguntar se eu estava percebendo o que me diziam” (E4); e a repetição/explicação das informações/explicações “Explicaram muito bem e várias vezes (...)” (E3), “Quando não percebia as enfermeiras repetiam (...)” (E4).

Phaneuf (2005) defendeu que a comunicação “é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha” (p.23). Ideia esta também defendida por Sequeira e Coelho (2016) e Potter *et al.* (2017), os quais acrescentam que a comunicação é uma ferramenta base da interação humana, essencial para a enfermagem desenvolver uma relação de ajuda e de confiança com o doente, permitindo identificar e responder às necessidades de cada pessoa e, simultaneamente, também contribui para a melhoria da prática de cuidados. Neste sentido, os dados revelaram que a comunicação foi terapêutica, com uma abordagem planeada e sistematizada em que o doente foi o foco da atenção do enfermeiro, estando atento às manifestações do doente, fossem estas verbais ou não verbais, no sentido de responder às necessidades, explícitas e implícitas, promovendo a compreensão dos cuidados prestados (Phaneuf, 2005; Potter *et al.*, 2017; Sequeira & Coelho, 2016).

Para maximizar a comunicação e para que esta seja considerada terapêutica, o enfermeiro necessita recorrer a várias técnicas, tais como: estar disponível, fazer perguntas relacionadas, manter o silêncio, focalizar o tema/assunto, explicitar, resumir/sintetizar as ideias, entre outras. Como referido anteriormente, neste estudo, através das verbalizações dos doentes, foi possível constatar que algumas das técnicas descritas na literatura foram utilizadas pelos enfermeiros na implementação do programa. O “estar disponível” é uma técnica na qual o enfermeiro se disponibiliza para estar com o doente e falar ou simplesmente para estar junto

dele em silêncio. O facto de o enfermeiro demonstrar disponibilidade revela que valoriza o doente e que está disposto a dar-lhe a sua atenção (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Outra das técnicas de comunicação que emergiu da análise das entrevistas foi o questionamento, ou seja, durante a implementação do programa, foram utilizadas questões, essencialmente, no sentido de clarificar e/ou validar se o conteúdo da mensagem tinha sido compreendido, adequadamente, pelo doente ou se existiriam imprecisões (Phaneuf, 2005) ou se não se perdera informação importante que necessitasse de repetição de conteúdos (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Também o suporte educativo escrito (panfleto), utilizado pelos enfermeiros na implementação do programa, foram essenciais para a sua compreensão e assimilação. Constatou-se que, nas referências dos doentes, salienta-se o suporte educativo disponibilizado, nomeadamente o panfleto elaborado pelo investigador, como uma mais-valia: “(...) tenho o papel com todas as informações escritas vai ajudar muito a lembrar-me” (E1); “(...) ainda bem que tenho estas informações escritas vão ajudar-me muito (...) posso voltar a ler e lembrar-me (...)” (E1). Estes resultados corroboram os resultados obtidos no estudo de consensos em que a intervenção “Providenciar instruções por escrito (panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos” obteve um consenso de 100%, logo na 1ª ronda.

Resultado idêntico tiveram Nascimento *et al.* (2015), através da investigação que realizaram intitulada “Folhetos educativos em saúde: estudo de receção”, em que quase a totalidade dos participantes expressou vontade em ler o material educativo disponibilizado para melhor compreensão do processo de doença oncológica. Os autores são unânimes em considerar que os folhetos/panfletos informativos devem conter informação sobre os possíveis problemas/sintomas que podem surgir após a cirurgia, nomeadamente a síndrome de *dumping* (Davoodi *et al.*, 2015; Mello *et al.*, 2010; Nicklin *et al.*, 2009; Sands, 2010). A importância da família no processo de partilha das informações contidas nos folhetos constituiu também um resultado do nosso estudo: (...) “vou dar ao meu irmão para ler, pois ele vai dar-me apoio nesta fase (...)” (E1).

No que se refere à perceção que os doentes evidenciaram sobre o programa de intervenção, de acordo com o que os doentes verbalizaram, considerou-se que perceberam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a. É através da perceção que formamos a imagem do que diz a pessoa e, da qual, emergem as avaliações positivas ou negativas. A perceção é considerada um processo que se desenrola em três etapas. A

primeira corresponde à receção dos estímulos pelos órgãos dos sentidos. A segunda corresponde à organização dos estímulos pelo reconhecimento dos elementos percebidos, ou seja, corresponde ao agrupamento de informações e generalizações: reuniu-se coisas semelhantes e isolou-se coisas não semelhantes. A terceira etapa assenta na avaliação e na interpretação dos estímulos percebidos nas duas etapas precedentes, ou seja, é neste momento que se forma o sentido do que é visto e ouvido (Phaneuf, 2005). Evidencia-se algumas referências obtidas no pré-teste: “Foi muito fácil compreender as orientações” (E2); “Sim, sim, eu percebi muito bem todas as orientações que me foram dadas. (...)” (E3).

Por outro lado, existem vários fatores que influenciam a perceção: fatores físicos como a fadiga, estado de saúde; fatores psicológicos como o interesse, crenças, expectativas; experiências passadas, tais como hábitos de vida, personalidade; e fatores externos, educação, valores, cultura (Phaneuf, 2005). Neste estudo, apenas duas expressões dos doentes evidenciaram que, por vezes, não percebiam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a, sendo que, uma delas, esteve relacionada com a influência de fatores externos, especificamente a proveniência do doente: “(...) por vezes não percebia bem por causa da língua” (viveu muitos anos na Venezuela) (E4); “(...) algumas não percebi muito bem” (E1).

Apesar dos resultados globais da categoria “compreensão do conteúdo” traduzirem que os doentes entenderam/perceberam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a Enfermeiro/a, no que concerne a sua capacidade intelectual, verificou-se que, predominantemente, as verbalizações revelaram que a sua aptidão intelectual para compreender encontrava-se comprometida. Estes dados suscitaram a reflexão sobre a possível génese destes resultados. Assim, questionou-se se estes resultados nos indicarão que a idade do doente e a sua capacidade de memória possam ter influenciado a retenção de informação, pois 75% dos doentes do estudo encontravam-se na faixa etária superior a 65 anos.

Nesta vertente, vários são os autores que aludem que a idade é o principal fator de risco para o desenvolvimento de algumas alterações cognitivas, sendo o envelhecimento normal do sistema nervoso a principal explicação para as alterações ligeiras que ocorrem a partir dos 50 anos de idade. Mesmo nas situações de envelhecimento normal, ou seja, em que não há patologia orgânica, o cérebro desenvolve mudanças inerentes à idade, em que estas acontecem de forma contínua e, ao longo da idade adulta, e não de forma repentina, sendo mais significativas a partir dos 60 anos. As capacidades que parecem ser mais afetadas com a passagem do tempo relacionam-se com a memória, com a velocidade com que

processamos a informação, ou com a forma como raciocinamos (Pinho, 2012; Ribeiro & Paúl 2018; Veríssimo, 2014).

Com o envelhecimento, aumenta o tempo e a dificuldade em assimilar conteúdos novos, existindo uma diminuição da flexibilidade mental, assim como alterações de memória (Ribeiro & Paúl, 2018; Wattis & Curran, 2008): “(...) não me ficou tudo na cabeça” (E1); “(...) a minha cabeça pode muito bem falhar alguma coisa (...)” (E2); “(...) posso esquecer-me de alguma coisa (...)” (E2). Contudo, convém realçar que as alterações que ocorrem durante o processo de envelhecimento não são apenas devido à passagem do tempo, havendo outros fatores que podem contribuir para tal situação, nomeadamente a herança biológica, fatores sociais e fatores pessoais, tais como a escolaridade, a qual parece ter também efeitos importantes no funcionamento cognitivo e mesmo na estrutura cerebral, uma vez que implica o uso intelectual (Ribeiro & Paúl, 2018). Salienta-se que, 100% da amostra, possuía apenas o Ensino Básico (1º ciclo).

No que diz respeito à objetividade do programa, através dos relatos dos doentes, foi notório que o programa de intervenção cumpre este requisito: “(...) não tenho nenhuma dúvida (...)” (E1). Provavelmente, estes resultados estão associados ao trabalho de pesquisa, da fundamentação que a construção do programa exigiu, do facto das intervenções de enfermagem se encontrarem descritas com recurso à CIPE e também às técnicas de comunicação utilizadas ao longo da implementação do programa.

Segundo Phaneuf (2005), Potter e Perry (2006) e Potter *et al.* (2017), num contexto profissional, é exigido aos profissionais que tenham uma forma de interagir com o doente que ultrapasse a simples conversação, ou seja, exige-se uma forma de comunicação funcional, que seja eficaz. Para que isto aconteça deve possuir várias características: clareza, concisão, precisão, simplicidade, entre outras. Também, já se tinha verificado, na categoria “compreensão do conteúdo”, que os doentes envolvidos enalteceram as técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros e que contribuíram para a sua compreensão, salientando-se a forma como a informação foi transmitida.

A mensagem verbal eficaz em enfermagem deve ser clara, de maneira a que os termos, palavras e frases usadas não levem a uma interpretação. A clareza é alcançada recorrendo a um discurso pausado e bem prenunciando: “Para mim, assim foi muito bem, foram claros (...)” (E2); “(...) foram muito claros nas explicações” (E3). A concisão e a simplicidade são outras qualidades da mensagem verbal, o que significa que a informação deve ser breve, a

fim de que o doente não se perca nas explicações: “Daquilo que me explicaram não tenho dúvidas (...) (E4).

Na categoria “estrutura e organização”, os resultados obtidos através da análise do *corpus* das entrevistas, consolidam que a forma como o programa foi organizado e estruturado foi adequada e, o momento da sua implementação, também o foi (8,1% do total das unidades de numeração). Lembra-se que o programa de intervenção seguiu a organização metodológica do processo de enfermagem: avaliação inicial, implementação das intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados de enfermagem, acontecendo em três momentos: na admissão do doente; no decurso do período pré-operatório; no pós-operatório imediato, mediato e no pós-operatório-momento do regresso a casa.

A metodologia utilizada permitiu individualizar/personalizar o programa, pois a sua implementação decorreu de acordo com as necessidades dos doentes: “Se falassem 15 dias antes de iniciar a alimentação os cuidados a ter, iria esquecer-me, para mim foi bom assim” (E2); “Não fazia sentido falar em determinadas coisas quando eu ainda estava muito debilitada, acho que o momento foi o certo” (E2). Importa referir que, durante o internamento dos doentes, surgiram intercorrências/complicações que condicionaram a retoma de algumas atividades por parte dos doentes, nomeadamente a dieta. Assim, a implementação do programa foi-se desenrolando de acordo com a evolução pós-operatória de cada doente, salientando-se, contudo, que o programa foi implementado nos períodos definidos.

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no artigo nº 5, ponto nº 3 enfatiza, entre outros aspetos, que os cuidados de enfermagem são caracterizados por utilizarem uma metodologia científica de trabalho (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril), que inclui várias etapas, desde a admissão do doente até o regresso a casa. Neste sentido, a metodologia utilizada na conceção do programa de intervenção teve por base uma abordagem sistemática, que garantisse um cuidar individualizado, características estas do processo de enfermagem, pois esta metodologia permite organizar e prestar os cuidados de enfermagem de que o doente necessita e em que a pessoa é o centro de todo o processo. O enfermeiro envolve-o em cada uma das cinco etapas que compõem este processo: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017).

Trata-se de um processo contínuo e dinâmico, que permite ajustar os cuidados, à medida que se modificam as necessidades do doente: “Estava desejando de comer, sem poder comer, para mim não fazia sentido falarem sobre o comer” (E3). Esta metodologia do processo de

enfermagem permitiu ao enfermeiro ajudar os doentes a atingirem os resultados pretendidos. Contudo, exigiu que os mesmos desenvolvessem competências do domínio do pensamento crítico e reflexivo (Potter & Perry, 2006; Potter *et al.*, 2017; Dias & Duran, 2018).

O facto de termos optado pela utilização da metodologia do processo de enfermagem na organização do programa, permitiu estruturar e organizar o mesmo de forma sistematizada, com encadeamento das intervenções de enfermagem. Também o facto das mesmas estarem organizadas em três tempos fez com o período em que as mesmas foram implementadas fosse favorável ao doente: "(...) foi tudo aos poucos, comecei a beber chá explicaram como beber e depois comecei a comer mais algumas coisas e foram sempre ensinando as coisas que deveria fazer" (E1); "(...) quando comecei a ingerir o chá com as orientações que os enfermeiros tinham dado, antes fui percebendo a forma como deveria fazer" (E1); "(...) penso que as orientações foram dadas no momento certo (...)" (E1); "Para mim as explicações foram dadas na altura própria" (E2). A sequência da implementação das intervenções deve ser cuidadosamente definida, para que a finalidade da intervenção seja alcançada, devendo responder às necessidades, expectativas e características individuais das pessoas, não existindo evidências sólidas, sobre qual a "intensidade" das intervenções, sendo necessário ajustar ao desígnio da intervenção (Silva *et al.*, 2018).

Após a leitura analítica dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas aos quatro doentes que participaram no pré-teste, discutiu-se e refletiu-se sobre os mesmos, considerando que o objetivo desta etapa do estudo foi atingido, pois, pelo descrito, foi possível evidenciar a perspetiva das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético em termos de exequibilidade, compreensão do conteúdo, estrutura e organização, sendo que os resultados indicam uma perspetiva favorável à aplicabilidade do programa de intervenção de enfermagem concebido nas fases metodológicas anteriores.

Apesar, do objetivo do pré-teste ter sido direcionado para o doente, não se pode deixar de consignar a percepção/sentir dos enfermeiros, que participaram no pré-teste, em relação ao programa de intervenção proposto e implementado, assim como a do investigador que participou/foi parte integrante da equipa que implementou o programa. Os enfermeiros foram unânimes em considerar que, a forma como o programa foi concebido, permitiu uma organização e sistematização das intervenções de enfermagem, a grande maioria delas já implementadas no serviço. Contudo, estas eram transmitidas ao doente sem que existisse uma metodização, levando, por vezes, a repetições ou, por outro lado, à sua não implementação na íntegra. A implementação de algumas intervenções de enfermagem

dependia um pouco da percepção ou da importância que cada enfermeiro atribuía às mesmas, sendo que o programa veio permitir uniformizar a intervenção do enfermeiro e evidenciar as intervenções de enfermagem indicadas, para apoiar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, no processo de autogestão do regime dietético, assim como definir períodos/tempos para a sua execução.

Na operacionalização do programa de intervenção, a maioria das intervenções de enfermagem encontravam-se desdobradas/concretizadas, assim como existiam intervenções individualizadas para o doente e membro da família/prestador de cuidados, obtendo-se um *feedback* positivo por parte dos enfermeiros, na medida que os mesmos aludiram que promoveu a uniformização na implementação do programa, ao mesmo tempo que permitiu o envolvimento do prestador de cuidados. Em contraste com estudos que apenas enfocam o doente ou cuidador como pessoas separadas, alguns estudos envolvem a díade doente/cuidador e os resultados diádicos, partindo do pressuposto que estes criam um ambiente interpessoal que afeta a harmonia entre ambos contribuindo para uma melhoria nos resultados de saúde (Kent *et al.*, 2016; Ryan & Sawin, 2009).

Neste sentido, Ryan e Sawin (2009) apresentaram uma teoria de médio alcance, intitulada “The Individual and Family Self-management Theory” (IFSMT), em que esta acrescenta conhecimento à literatura existente sobre a autogestão ao dar enfoque à pessoa e às díades dentro da família ou à unidade familiar como um todo. Esta teoria, tem subjacente várias suposições. Entre elas destaca-se que, as percepções individuais e familiares, afetam o envolvimento na autogestão e, as intervenções centradas na pessoa/família, são mais eficazes para o desenvolvimento de comportamentos de autogestão e melhoram os resultados.

O IFSMT pressupõe três dimensões: contexto, processo e resultados. O “contexto” inclui a condição específica de cada pessoa, o ambiente físico e social e as características pessoais e dos membros da família. A dimensão referente ao “processo”, tem por base a interação dinâmica entre o conhecimento, as crenças, as habilidades de autorregulação (é um processo interativo no qual as pessoas se envolvem para conseguir uma mudança nos comportamentos de saúde) e a facilitação social (influência social, apoio social). A dimensão “resultados” engloba os resultados a curto e longo prazo (proximais e distais). Em síntese, as pessoas estarão mais propensas a desenvolver comportamentos de saúde recomendados se tiverem conhecimentos e se adotarem esses comportamentos, se desenvolverem habilidades de autorregulação e se existir facilitação social. Os fatores da dimensão do “contexto” influenciam

o envolvimento individual e familiar no processo de autogestão, bem como os fatores do processo e os resultados (Ryan & Sawin, 2009).

Pelas evidências descritas anteriormente, e também atendendo a que no estudo se verificou que algumas verbalizações dos doentes revelaram que a aptidão intelectual para compreender algumas orientações encontrava-se comprometida, seria uma mais-valia a implementação do programa de intervenção ao doente e também ao seu cuidador, sendo que os estudos que envolvem o doente e cuidador ainda são limitados, constituindo um desafio a realização de estudos de intervenção onde se contemple esta díade (Kent *et al.*, 2016; Ryan & Sawin, 2009).

Ainda, no que concerne as intervenções de enfermagem contempladas no programa, os enfermeiros consideraram adequado contemplar intervenções de enfermagem autónomas e intervenções interdependentes. Sendo as autónomas aquelas realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, enquanto que, as interdependentes, são as realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de abril). Foram importantes as prescrições da nutricionista no que se refere ao esquema alimentar adequado à situação específica do doente, assim como a prescrição da nutrição parentérica pelo cirurgião para colmatar as necessidades nutricionais dos doentes, em que os enfermeiros foram os responsáveis pela gestão destas intervenções. Neste sentido, o estudo realizado por Lin *et al.* (2017), intitulado “A multidisciplinary team approach for nutritional interventions conducted by specialist nurses in patients with advanced colorectal cancer undergoing chemotherapy”, veio demonstrar que o envolvimento de uma equipa multidisciplinar pode, efetivamente, melhorar a condição nutricional do doente com cancro. Nesta investigação, integraram a equipa a nutricionista, médico, enfermeiro, familiar cuidador e os próprios doentes. Os enfermeiros rastreavam e identificavam a presença de desnutrição precoce e eram responsáveis pela educação nutricional individual. A nutricionista avaliava/calculava as necessidades energéticas de cada doente e, em função destas, o médico atuava no sentido de melhorar o estado nutricional, adequando a nutrição parental ou enteral, de acordo com a situação, evitando assim complicações por agravamento da desnutrição.

O programa de intervenção, proposto, contempla uma intervenção dirigida ao rastreio do risco nutricional, por meio do Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). Contudo, logo no início da aplicação do programa, ao dialogar com os enfermeiros, apercebeu-se que, no serviço, já estava implementada, informaticamente, a escala Nutrition Risk Screening 2002 (NRS-2002),

que tem também como objetivo avaliar o risco nutricional. A implementação da avaliação sistemática do risco nutricional a todos os doentes internados nos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi determinada pelo Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho, sendo a ferramenta sugerida para os adultos a NRS-2002, indo ao encontro das diretrizes da European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), as quais recomendam o rastreamento regular de todos as pessoas com cancro quanto ao risco ou presença de desnutrição, sendo a NRS-2002 uma das ferramentas recomendadas para avaliação e identificação de risco, em ambiente hospitalar (Arends *et.al.*, 2017).

Neste sentido, os enfermeiros consideraram uma duplicação das suas intervenções, pelo que o investigador realizou a avaliação nutricional com recurso à escala de MUST, de forma a dar resposta ao programa de intervenção e, os enfermeiros, recorreram à escala em vigor no serviço. Refletindo sobre estes aspetos considerou-se prudente que a intervenção: “Avaliar *status* nutricional com instrumento de avaliação (Escala de MUST) seja ajustada, acrescentando “ou outra em vigor no serviço”.

Faz-se alusão a um outro dado que foi possível obter através dos enfermeiros, que se refere ao suporte educativo desenvolvido (Apêndice XIX – Panfleto: Autogestão do regime dietético após cirurgia gástrica: Orientações) pelo investigador, que contemplou informações sobre o regime dietético, regime medicamentoso e complicações. Assim, como salientado pelos doentes, este suporte demonstrou-se fulcral para melhor compreensão e interiorização das orientações. Os enfermeiros envolvidos também consideraram uma mais-valia neste processo, contribuindo efetivamente para um consolidar das orientações fornecidas ao longo do internamento. Apesar de já existir um folheto informativo no serviço, dirigido especificamente ao doente com cancro gástrico submetido a cirurgia, o mesmo foi elaborado em 2011, com previsão de revisão para 2014. Por razões operacionais, não se procedeu como programado, pelo que foi considerado pela enfermeira chefe do serviço e restante equipa que este poderia substituir o já existente, sendo que o inerente a este estudo será proposto à respetiva hierarquia para aprovação.

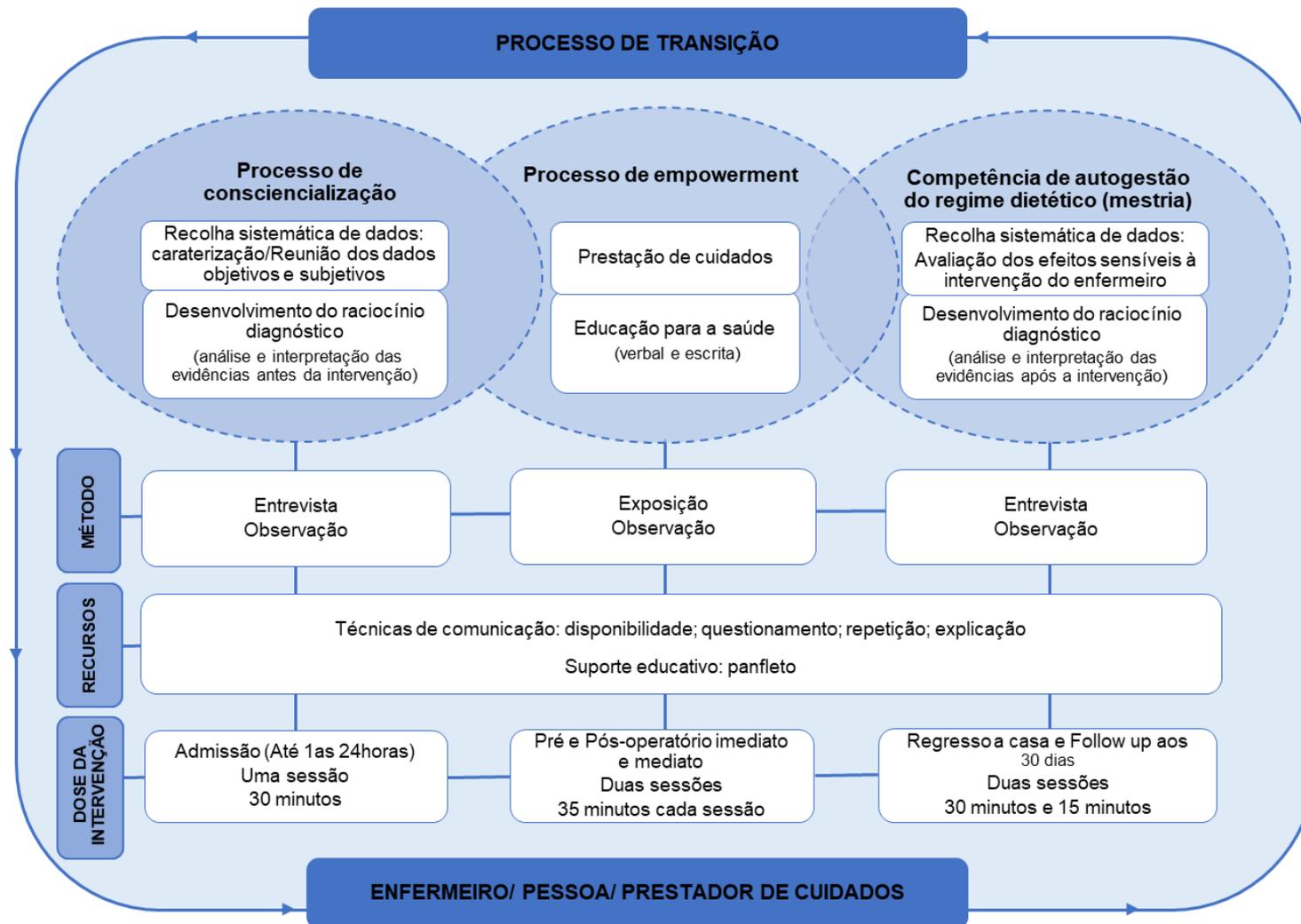
Durante os três meses em que decorreu o pré-teste, teve-se oportunidade de dialogar/interagir, diversas vezes, com os enfermeiros responsáveis dos doentes, sobre todo este processo, desde o momento em que se iniciou o programa, nomeadamente com a avaliação inicial/diagnóstica, em que o investigador, ao chegar ao serviço, validava os dados já recolhidos, no sentido de não existir repetições, até à confirmação do juízo diagnóstico “Potencialidade para a autogestão do regime dietético”. Este diagnóstico foi considerado pelos enfermeiros como o indicado, uma vez que ao considerar o potenciar a capacidade da pessoa

para a autogestão do regime dietético estar-se a fornecer ferramentas para que fossem desenvolvidas habilidades e estratégias para orientar as próprias atividades, no sentido da concretização do objetivo: autogestão do regime dietético. Foi interessante constatar que, no momento do regresso a casa, em que se realizou a avaliação final/diagnóstica, evidenciaram-se resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, através da implementação do programa de intervenção, assim como alteração no *status* do doente em que o foco “autogestão do regime dietético” foi ajuizado em efetivo, em três doentes e, melhorado, num doente.

Apesar, do pré-teste não ter como objetivo avaliar a eficácia do programa, através do *corpus* recolhido e das informações recolhidas junto dos enfermeiros, inferiu-se que o mesmo tem aplicabilidade e parece que trará resultados positivos, como se pode constatar pelos resultados obtidos em termos de efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro e juízo diagnóstico. Assim, após se ter realizado uma discussão global dos resultados obtidos, em cada uma das diferentes fases do desenvolvimento desta investigação, apresenta-se, de seguida, a versão final do programa de intervenção através de um esquema explicativo e respetivo logotipo (Figura 7).



Figura 7- Esquema explicativo do Programa de intervenção para a autogestão do Regime dietético (Pro-ARD)



Tendo como referencial a teoria das transições de Meleis *et al.* (2010) elaborou-se um esquema explicativo que traduz a estrutura/organização global do programa, assim como uma síntese das estratégias/ações, métodos a utilizar, recursos e a dose da intervenção. Decidiu-se, designar o mesmo por Programa de Intervenção para a autogestão do regime dietético, abreviado por “Pro-ARD”, sendo que esta decisão teve por base o facto do programa encontrar-se alicerçado no potencial/capacidade da pessoa gerir o seu regime dietético. O programa é composto por três partes, as quais intitulamos a primeira parte por “Processo de Consciencialização”, a segunda por “Processo de *“Empowerment”* e a terceira por “Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria)”, sendo estes os pilares para um processo de uma transição saudável.

O Processo de Consciencialização contempla a caracterização/recolha de dados objetivos e subjetivos dos participantes (pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia/ prestador de cuidados/membro da família) e o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico para validação do juízo diagnóstico “potencialidade para a autogestão do regime dietético”, recorrendo ao método observacional e ao método ativo: entrevista, sendo que deverá acontecer desde a admissão do doente até às 24h, através de uma sessão de 30 minutos. Na avaliação identificou-se os conhecimentos, as capacidades, as necessidades e a perceção da disposição da pessoa para manter ou abandonar uma ação (ICN, 2017) ou seja, razão de primeira ordem para a ação/mudança/ajuste, neste caso em específico dos seus hábitos alimentares após a cirurgia. Contudo, apesar de termos designado a primeira parte do programa por “processo de consciencialização”, importa lembrar que este não termina quando se passa para a segunda parte do programa, uma vez a consciencialização total da necessidade de mudança raramente acontece logo após o acontecimento. sendo necessário tempo para interiorizar o que mudou (Meleis *et al.*, 2010). Logo, este processo de consciencialização é contínuo ao longo dos outros processos.

Esta etapa inicial é crucial, no sentido de se identificar a potencialidade do doente para a autogestão do seu regime dietético, pois, por ser um programa de autogestão em que a sua enfase está no *empowerment* do próprio, não se pode descurar duas situações. Por um lado, o envolvimento do doente no seu próprio processo só ocorre se ele apresentar conhecimento e consciência da situação que está a vivenciar, sendo o envolvimento, caracterizado pela participação ativa da pessoa e seu empenho/envolvimento no processo de transição (Meleis *et al.*, 2010) e, por outro lado, o facto do mesmo não ter este potencial presente (p. ex.: por debilidade, capacidade intelectual comprometida, dependência), havendo a necessidade de capacitar o prestador de cuidados/família para assumirem este papel. Como analisado

anteriormente, vários autores referem que os resultados em saúde são mais favoráveis quando se envolve a díade doente/cuidador (Kent *et al.*, 2016; Ryan & Sawin, 2009).

A segunda parte do programa, intitulada Processo de *Empowerment*, corresponde à etapa da implementação do programa propriamente dito e, contempla a prestação de cuidados e a educação para a saúde, recorrendo ao método expositivo, ativo e observacional. Esta decorre desde o pré-operatório ao pós-operatório imediato e mediato através de duas sessões de educação de 35 minutos cada. Importa ainda salientar que, assim como o processo de consciencialização, o processo de *Empowerment* continua ao longo de todo o processo de transição.

Como recurso à educação para a saúde e, no sentido de promover o *empowerment*, utilizou-se os métodos/técnicas de comunicação, tais como o estar disponível, o questionamento, a repetição/explicação e o suporte educativo (panfleto). Segundo alguns autores, os programas tradicionais que privilegiam a transmissão de informação sobre a doença e o seu tratamento parecem não ter tanto impacto como aqueles que têm como filosofia subjacente os modelos educacionais baseados no *empowerment*, ou seja, programas que se centram na pessoa e nas suas capacidades. Isto porque a prestação de cuidados de saúde não se deve limitar apenas em promover o bem-estar, mas pelo contrário, deve ser direcionado para instruir e capacitar a pessoa, para melhorar a sua capacidade de autogerir o seu estado de saúde. Nesta perspetiva, é urgente colocar de lado os modelos focados essencialmente na doença e investir num modelo centrado na pessoa, promovendo a sua capacitação *empowerment* (Almeida *et al.*, 2019; Cortez *et al.*, 2018; Winters *et al.*, 2018).

Apesar dos programas de autogestão terem a ênfase no desenvolvimento do *empowerment* do próprio doente, Magagnin e Heidemann (2020) reforçam a necessidade de preparar também um prestador de cuidados/família. Conforme estes autores, o envolvimento dos cuidadores no planeamento de cuidados e nas atividades desenvolvidas, durante o internamento, podem contribuir para o seu *empowerment*, pois, cada vez mais, faz sentido este envolvimento. Assim, e tendo em conta que as ocupações das camas, o tempo de internamento cada vez mais reduzido, o predomínio de intervenções com enfoque na doença, a idade do doente, entre outros, fazem com a continuidade dos cuidados no regresso a casa seja assegurado, muitas vezes, pelo prestador de cuidados/família, perspetivas estas também partilhadas por Berry *et al.*, (2017).

A última parte do programa corresponde às Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria), e contempla a avaliação dos efeitos sensíveis à intervenção do enfermeiro e ao

desenvolvimento do raciocínio diagnóstico para identificação do diagnóstico de enfermagem, recorrendo ao método ativo: entrevista e ao método observacional, sendo que deverá acontecer no momento do regresso a casa, numa sessão de 30 minutos e numa consulta de *follow-up* telefónica (+/-30 dias após) numa sessão de 15 minutos. A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Considera-se, de forma convicta, que o programa de intervenção daqui resultante facilitará a prestação dos cuidados, a gestão dos mesmos, o ensino desses mesmos cuidados e ulteriores investigações para a sua validação ou enriquecimento. Assim, termina-se este capítulo apresentando as implicações deste estudo para o ensino de enfermagem, para a prática de enfermagem e para a investigação.

No que concerne o ensino de enfermagem, a formação baseada na evidência e sustentada pela investigação, tem impacto na qualidade dos cuidados prestados, pois as práticas são alimentadas por saberes dinâmicos que precisam de ser questionados e refletidos, no sentido de uma atualização quase constante dos conhecimentos que promova o desenvolvimento de competências específicas para lidar com os problemas de saúde, no caso em específico deste estudo, o doente com cancro gástrico com indicação para cirurgia. Neste sentido, na formação pré-graduada, deverão ser asseguradas cargas letivas adequadas para a temática em estudo, com especial ênfase na compreensão do fenómeno, na importância de uma abordagem sistemática, organizada de forma a capacitar o doente/prestador de cuidados/família para a autogestão do regime dietético. Contudo, deverá ser contemplado não só para a temática em estudo, mas também para todas as temáticas do cuidar da pessoa com afeções crónicas, demonstrando importância da existência de programas de intervenção para a autogestão que visem o *empowerment*, ou seja, que se centrem na pessoa e nas suas capacidades e não propriamente na doença, tendência usual neste grau de ensino. Não obstante, a componente teórica, nas aulas de prática simulada e nos ensinamentos clínicos, o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família deverá ser atendido pelos seus docentes, tutores e estudantes.

Já na formação pós-graduada, pensa-se que a temática do doente com cancro gástrico com indicação para cirurgia deverá ser contemplada na área de especialidade de enfermagem Médico-cirúrgica, em que o enfoque deverá ser o aprofundamento de algumas noções já adquiridas ao longo da formação pré-graduada, desenvolvendo uma cultura da necessidade de investir na implementação de programas de intervenção para a autogestão, já existentes (Pro-ARD e outros) que visem o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família. Assim, defende-se que, na formação contínua dos enfermeiros, deverão existir momentos formais e informais de discussões sobre o tema em análise, ou seja, que se crie uma cultura

de reflexão sobre a ação. Também, crê-se que a divulgação e, posterior reflexão do conhecimento desenvolvido durante esta tese de doutoramento, irão permitir que estudantes, enfermeiros e docentes olhem para esta área com “umas lentes” diferentes e que, com base na melhor evidência científica, construam uma base sólida de conhecimentos contribuindo para um fortalecimento das práticas de cuidados.

Assim, no que se refere à prática dos cuidados, o fato do Pro-ARD ter sido concebido à luz da evidência científica, da consensualização das intervenções de enfermagem, através de um grupo de enfermeiros peritos no cuidar da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia de diferentes regiões geográficas, e das mesmas intervenções terem sido adequadas à luz da CIPE, e ainda, ter existido a preocupação de realizar uma validação do potencial do programa, para a adaptação ao sistema informático em vigor no SESARAM, EPERAM (por ser o sistema que os peritos conheciam) pensa-se que reúne todas as condições para ser implementado, tanto no âmbito regional como nacional, representando uma ferramenta de suporte à decisão clínica de enfermagem, a uma prestação de cuidados sistematizada, uniformizada e contribuindo para fortalecer a prática profissional (Beserra, *et. al.*, 2018; Duarte *et. al.*, 2019). Também, ao nível da prática dos cuidados, pelo já apresentado e discutido anteriormente, recomenda-se que o Pro-ARD seja implementado considerando o doente, mas também o seu prestador de cuidados/família.

Relativamente à investigação, a necessidade de se investir na área das doenças crónicas, de forma a prevenir as suas complicações, comorbilidades e posteriores dependências, deverá ser uma prioridade em saúde, sendo que os programas de intervenção no processo de autogestão poderão oferecer um contributo muito significativo na prevenção destas situações. Assim, reitera-se a necessidade de existir um maior investimento no desenvolvimento de investigações direcionadas para a capacitação/*empowerment* do doente, prestador de cuidados/família, uma vez que, a evidência científica nesta área, é ainda escassa. Pensa-se, que a replicação do pré-teste nas diferentes instituições, onde os peritos que participaram no estudo de consensos desempenham as suas funções, nomeadamente IPO Lisboa, Hospital Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, IPO Porto, Hospital Curry Cabral, e Hospital Pedro Hispano, poderia fortalecer a versão do programa de intervenção. Também, se considera que o Pro-ARD deverá servir de base para futuras investigações, como a sugestão que se apresenta de seguida.

Proposta de estudo futuro decorrente desta investigação

Na linha de pensamento das implicações do presente estudo para a investigação, atendendo ao tamanho da amostra, quatro doentes, considera-se ser necessária a validação do programa de intervenção, recorrendo a uma amostra maior, no sentido de avaliar o seu efeito. Assim, apresenta-se uma proposta que se pretende que seja um contributo para o desenvolvimento da ciência de enfermagem e que fortaleça o programa de intervenção, em termos dos seus efeitos na autogestão do regime dietético, na pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia.

Recorda-se que, ao conceber o programa, teve-se sempre como foco o objetivo de promover a autogestão do regime dietético da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia e, conseqüentemente, contribuir para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida (indo ao encontro das categorias que emergiram da RSL e que sustentaram a eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico). Nesta linha de ideias, atendendo à pesquisa realizada, em capítulos anteriores, nomeadamente a RSL, tendo por base o conceito de autogestão e o conteúdo das intervenções, emergiu durante o *focus group* que a minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida, poderiam ter como evidências um efetivo desempenho que passa por: conhecimento efetivo sobre o regime dietético; ausência de complicações/sintomas; *status* nutricional positivo; e as estratégias de *coping* utilizadas.

Neste sentido, perspectiva-se em termos futuros, dar continuidade ao trabalho desenvolvido durante o doutoramento, ou a possibilidade de outro investigador o fazer, realizando um estudo em que o objetivo principal será avaliar os efeitos do Pro-ARD, partindo da questão de investigação: Quais os efeitos do Pro-ARD na autogestão do regime dietético da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia na minimização das complicações, na recuperação operatória e na qualidade de vida.

Propõe-se que o estudo seja quase-experimental. E, para que haja coerência e harmonia, recomenda-se como variáveis em estudo, a prevenção das complicações, a recuperação operatória e a qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia. No quadro que se segue (quadro 22) apresenta-se uma proposta de operacionalização das variáveis em estudo (sugeridas) e possíveis instrumentos de colheita de dados a utilizar para avaliação do efeito do programa de intervenção.

Quadro 25 - Proposta para futura investigação

Variáveis em estudo	Indicadores	Instrumentos de colheita de dados
Prevenção das complicações	Conhecimento sobre o regime dietético Ausência de complicações: sintomas gástricos Status nutricional	Questionário de avaliação do conhecimento sobre regime dietético; EORTC QLQ-STO22 Ferramenta Universal para rastreio da Malnutrição-MUST (ou outra)
Recuperação operatória	Qualidade vida global Estratégias de <i>Coping</i>	EORTC QLQ-C30 Inventário de Estratégias de <i>Coping</i> de Folkman e Lazarus

Prevê-se que os instrumentos de colheita de dados sejam aplicados no Tempo 1 do programa (desde a admissão da doente até às 24h) e, no Tempo 3 (Pós-operatório-momento do regresso a casa e consulta de *follow-up* telefónica (+/- 30 dias após a alta).

Importa referir, que uma vez que não se encontrou disponível um instrumento que fosse ao encontro dos objetivos pré-definidos, construiu-se um questionário para a avaliação do conhecimento sobre o regime dietético (Apêndice XX - Questionário de avaliação do conhecimento sobre regime dietético). O questionário contempla três dimensões, nomeadamente: a dimensão do conhecimento sobre os procedimentos do período pré e pós-operatório; a dimensão do conhecimento sobre as estratégias de gestão do seu regime dietético/alimentar após a cirurgia; e a dimensão sobre as estratégias promotoras de uma digestão adequada. A dimensão do conhecimento sobre os procedimentos do período pré e pós-operatório contempla cinco questões (Questão 1.1 até 1.5), a dimensão do conhecimento sobre as estratégias de gestão do seu regime dietético/alimentar após a cirurgia integra 14 questões (Questão 2.1 até 2.14) e a dimensão sobre as estratégias promotoras de uma digestão adequada contempla cinco questões (Questão 3.1 até 3.5).

O enunciado utilizado para cada dimensão foi: “Conhecimento sobre...” e as questões foram elaboradas recorrendo a uma escala dicotómica (verdadeiro/falso), existindo um espaço para observações. Considerou-se que o doente tem um conhecimento efetivo quando o resultado obtido for igual ou superior a 75% para as respostas corretas. No global, parece que o instrumento construído pode ser usado como uma ferramenta útil na avaliação do conhecimento do doente sobre o regime dietético. Contudo, o mesmo carece de ser sujeito a uma validação do seu conteúdo, para posterior aplicação.

Com convicção, acredita-se que existe uma caminhada a realizar no sentido de aprimorar a proposta que se apresenta para que o estudo que se propõe, se possa efetivar no futuro. Mas considera-se que fez todo o sentido na finalização deste percurso de investigação de conceção de um programa de intervenção de autogestão do regime dietético na pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia, perspetivar o futuro. No capítulo seguinte, citar-se-á as principais conclusões de todo o processo que envolveu esta investigação.

Conclusão

O estudo que se apresentou visou desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. Este, com a finalidade de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja impulsionadora da autogestão do regime dietético e, desta forma, contribuir para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, de uma melhor recuperação pós-operatória e da melhoria na qualidade de vida.

Apesar da vasta literatura sobre a temática da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia, esta nem sempre se reporta a este fenómeno na vertente da necessidade de uma adaptação às mudanças impostas pela cirurgia, nomeadamente na vertente das alterações digestivas. Alguns estudos abordam as técnicas cirúrgicas utilizadas neste tipo de cirurgia; tratam da componente da alimentação nas vertentes enteral e parenteral e não na oral; visam a componente da alimentação dos doentes submetidos a gastrectomia, por obesidade mórbida e não por cancro gástrico e, outros, referem-se à componente da alimentação numa perspetiva da introdução precoce ou tardia, vantagens, desvantagens, sendo poucos aqueles que analisam/identificam as intervenções de enfermagem no pré e pós-operatório e na promoção da autogestão do regime dietético. Cientes deste facto, da relevância que os programas de intervenção de autogestão se revestem e porque se desconhece qualquer programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético, desenvolveu-se esta investigação.

Iniciou-se a realização deste estudo com uma introdução alargada, ou seja, contextualizadora, na qual se apresentou as inquietações que motivaram a realização deste trabalho, dando uma panorâmica mundial da problemática da doença oncológica, com especial atenção para o cancro gástrico, a sua incidência/mortalidade a nível mundial e, mais concretamente, sobre a realidade portuguesa. Conceptualizou-se, a anatomofisiologia do sistema digestivo, os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença em que, apesar da origem do cancro gástrico ser considerada multifatorial, a dieta à base de carne, de carboidratos e de sal são fatores de risco importantes, assim como as infeções por *helicobacter pylori*. A par destes tópicos, abordou-se as formas de tratamento mais indicadas, nas quais o cirúrgico emerge como a única forma de tratamento curativo, assim como as principais complicações que advêm da remoção total ou subtotal/parcial deste órgão, essencialmente as sequelas funcionais, sendo esperadas várias consequências nutricionais onde se destaca a síndrome de *dumping*.

Ainda na introdução contextualizadora, dissecou-se o papel de charneira desempenhado pelo enfermeiro, o qual se refere às orientações/ensinos a realizar ao doente e prestador de cuidados/família, que promovam a sua autonomia, a capacidade de tomada de decisão, a

capacidade de autogestão e, conseqüentemente, a adaptação aos novos hábitos de vida, nomeadamente ao nível do regime dietético.

Na fase preliminar deste estudo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, a qual nos proporcionou a identificação das intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico, contributo crucial na delimitação do foco do nosso estudo. Após esta, expôs-se uma revisão integrativa da literatura que permitiu elencar as 53 intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão do regime dietético.

Este estudo composto por 4 fases, a fase I consistiu no desenvolvimento de um estudo de consensos, com recurso à técnica de *Delphi*. Considerou-se pertinente solicitar a colaboração de peritos, no sentido de conhecer o nível de concordância que estes atribuíam às intervenções de enfermagem, previamente identificadas, e saber da necessidade de incluir outras intervenções não propostas. Fazendo uma breve síntese, salienta-se que se iniciou a 1ª ronda *Delphi* com 53 intervenções de enfermagem e que, após três rondas, por consenso dos peritos, obteve-se 56 intervenções de enfermagem, sendo que mais três intervenções emergiram ao longo deste processo, constando do programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Após se ter obtido consenso sobre as intervenções de enfermagem, na fase II da nossa investigação, considerou-se ser importante realizar uma adequação da nomenclatura das intervenções, utilizando como referencial a CIPE. Neste sentido, numa primeira etapa, o investigador procedeu a essa mesma adequação e, posteriormente, recorreu-se ao *Focus Group* para a validação da nomenclatura atribuída a cada intervenção. De salientar que o principal objetivo desta fase foi validar a nomenclatura CIPE atribuída a cada intervenção de enfermagem, tendo como finalidade disponibilizar o programa de intervenção para implementação, tanto no âmbito regional como nacional, com recurso às aplicações informáticas e linguagem classificada em uso na grande maioria das instituições de saúde. Realça-se que, das reuniões inerentes ao *focus group*, emergiu como eixo norteador dos debates a importância da existência do diagnóstico e resultados de enfermagem sensíveis à intervenção do enfermeiro. Para o efeito, refletindo sobre a definição do foco principal que norteara o juízo clínico do enfermeiro e suportasse as intervenções de enfermagem, o grupo consensualizou que o programa enfatizava a autogestão do regime dietético, pelo que sugeriram este termo como foco principal, sendo ajuizado com o termo potencialidade.

Continuou-se a caminhada metodológica, e na fase III, organizou-se o programa de intervenção seguindo a metodologia do processo de enfermagem. O Pro-ARD é composto

por intervenções de enfermagem que resultaram do constructo teórico desenvolvido nesta investigação, e é no âmbito da autogestão, pois os programas do âmbito da autogestão têm a sua ênfase na capacitação das pessoas para gerirem as mudanças que ocorrem em consequência da sua condição, neste caso em específico, a remoção total ou parcial do estômago.

Na fase IV, realizou-se um pré-teste ao programa de intervenção, com o objetivo de evidenciar a perspetiva das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia, em relação ao programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, em termos de exequibilidade, compreensão do conteúdo, estrutura e organização. Através da técnica de análise ao conteúdo das entrevistas aos doentes, constatou-se que, de forma global, as expressões dos doentes, maioritariamente, indicaram que o programa é exequível, que entenderam o significado das explicações e orientações fornecidas pelo/a enfermeiro/a e que a sequência, assim como o momento em que estas foram fornecidas, foram adequados. Apesar, do pré-teste não ter como objetivo avaliar a eficácia do programa, a partir dos discursos dos doentes e das informações recolhidas junto dos enfermeiros, a perspetiva é favorável à sua aplicabilidade e com resultados positivos.

Alcançado o final desta investigação, tendo como referencial a teoria das transições de Meleis *et al.* (2010), apresentou-se um esquema explicativo que traduz a estrutura/organização global do programa, assim como uma síntese das estratégias/ações, métodos a utilizar, recursos e a dose da intervenção. Assim, o Pro-ARD é composto por três partes, sendo a primeira parte intitulada por “Processo de Consciencialização”, a segunda, por “Processo de *Empowerment*” e, a terceira, por “Competências de Autogestão do Regime Dietético (Mestria).

O “Processo de Consciencialização” contempla a caracterização/avaliação dos participantes (pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia/prestador de cuidados/membro da família) e o desenvolvimento do raciocínio diagnóstico para validação do juízo diagnóstico “Potencialidade para a autogestão do regime dietético”, recorrendo ao método observacional e ao método ativo (entrevista), sendo que deverá acontecer desde a admissão do doente até às primeiras 24h, através de uma sessão de 30 minutos. Na avaliação, identificou-se os conhecimentos, as capacidades, as necessidades e a perceção da disposição da pessoa para a mudança/ajuste, dos seus hábitos alimentares após a cirurgia.

O “Processo de *Empowerment*” corresponde à implementação do programa propriamente dito, centrando-se na pessoa e nas suas capacidades, direcionado para instruí-la e capacitá-la para a autogestão do seu regime dietético. Contempla a prestação de cuidados, a educação para a saúde, recorrendo ao método expositivo, ativo e observacional e deverá decorrer desde

o pré-operatório até ao pós-operatório imediato e mediato, com a realização de duas sessões de educação de 35 minutos cada.

Por último, procede-se à avaliação dos resultados sensíveis à intervenção do enfermeiro, através do desenvolvimento do raciocínio diagnóstico e formulação do novo diagnóstico de enfermagem, recorrendo à entrevista e ao método observacional. Este deverá acontecer no momento que antecede o regresso a casa numa sessão de 30 minutos e numa consulta de *follow-up* telefónica (+/-30 dias após), numa sessão de 15 minutos. A competência na autogestão do regime dietético é imprescindível para cumprir a transição com sucesso.

Ao longo deste estudo, teve-se sempre a preocupação em assegurar o rigor científico, todavia, algumas limitações podem ainda persistir, merecendo a nossa consideração. Uma delas encontra-se relacionada com o estudo de consensos, no qual o período de tempo entre a 1ª e a 2ª ronda foi um pouco longo, cerca de um ano, o que se deveu a vários fatores, anteriormente mencionados, o que pode ter contribuído para uma taxa de resposta de 44,2% e de abstenção de 55,8%. No entanto, na 3ª ronda foi de 48,9%.

Outra limitação a ter em consideração, prende-se com o número de participantes no pré-teste e com o facto do mesmo ter sido efetuado numa só instituição. No sentido de melhoria, propõe-se uma réplica do pré-teste nas diferentes instituições onde os peritos que participaram no estudo de consensos desempenham as suas funções, de forma a fortalecer a versão final do nosso programa de intervenção. Também se considera que, o facto do pré-teste ter sido aplicado ao doente, envolvendo o prestador de cuidados/família apenas quando o doente apresentava algum condicionamento, foi outra limitação. Neste sentido, a nossa sugestão é que o programa seja sempre aplicado ao doente e também à família/prestador de cuidados.

Contudo, apesar das limitações identificadas, julga-se que os resultados obtidos na nossa investigação têm implicações nos vários domínios de intervenção do enfermeiro, seja na prestação de cuidados, seja na formação ou investigação. Acredita-se que, através da incorporação dos resultados nas diferentes áreas de intervenção, se dará a translação do conhecimento. Assim, propõe-se como sugestão para o ensino de enfermagem que, na formação pré-graduada, sejam asseguradas cargas letivas adequadas para a temática em estudo, com especial ênfase na compreensão do fenómeno, na importância de uma abordagem sistemática, organizada de forma a capacitar o doente/prestador de cuidados/família para a autogestão do regime dietético. Nas aulas de prática simulada e nos ensinamentos clínicos, o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família deverá ser atendido pelos seus docentes, tutores e estudantes. Já na formação pós-graduada, o enfoque deverá ser o aprofundamento das noções já adquiridas ao longo da formação pré-graduada,

desenvolvendo uma cultura de investimento na implementação de programas de intervenção para a autogestão, que visem o *empowerment* do doente/prestador de cuidados/família.

No que se refere à prática dos cuidados, pensa-se que o Pro-ARD reúne todas as condições para ser implementado, tanto no âmbito regional como nacional, com recurso às aplicações informáticas, representando uma ferramenta de suporte à decisão clínica de enfermagem e, como já referido anteriormente, recomenda-se que o Pro-ARD seja implementado envolvendo o doente, mas também ao seu prestador de cuidados/família. No que concerne à investigação, sugere-se o desenvolvimento de um maior número de estudos direcionados para a capacitação/*empowerment* do doente, prestador de cuidados/família. Sugere-se a realização de uma investigação que tenha como objetivo avaliar os efeitos do Pro-ARD na autogestão do regime dietético da pessoa com cancro gástrico submetida a cirurgia, na minimização das complicações, na recuperação operatória e na qualidade de vida.

Além das conclusões tecidas sobre os resultados obtidos em cada uma das fases do estudo que envolveu a conceção do Pro-ARD, ir-se-á refletir sobre o percurso de investigação e competências desenvolvidas durante todo este processo. Assim, destaca-se o desenvolvimento de várias competências, nomeadamente: competências científicas e técnicas sobre a metodologia da revisão integrativa da literatura; revisão sistemática da literatura fundamentada nas orientações do Instituto Joanna Briggs; a metodologia subjacente ao estudo de consensos, técnica *Delphi* e *focus group*; aprofundamento da metodologia do processo de enfermagem assim como da análise de conteúdo.

Ressalva-se ainda a aquisição de várias competências inerentes ao processo de conceção, execução e avaliação de um projeto de pesquisa, particularmente: o aprimoramento da capacidade de pesquisa nas bases de dados; a elaboração de questionários, utilizando a ferramenta de criação de formulários disponível no *Google Documents*®; as habilidades de moderação na condução de trabalhos com grupos; as capacidades de comunicação; e a mestria para o desenvolvimento das entrevistas junto dos doentes. Também merece realce as competências de avaliação do projeto de investigação, em que se foi capaz de analisar criticamente e, à luz da literatura, todo o trabalho desenvolvido, identificando as implicações e contributos para a prestação de cuidados, ensino e investigação, as limitações decorrentes das várias etapas do estudo, propondo ainda sugestões para o futuro.

Importa enfatizar que, nas diversas etapas desta investigação, teve-se oportunidade de divulgar a nível regional, nacional e internacional, o trabalho que estava a ser desenvolvido, junto dos nossos pares, comunidade académica e científica. Destaca-se a participação no Congresso "Balancing health care needs in a changing context" da European Oncology Nursing Society (EONS 10 Congress), Dublin, Irlanda (2016). Durante a execução da

investigação, foi-se divulgando os resultados preliminares em alguns eventos, sendo os resumos publicados nas revistas associadas aos mesmos. Realça-se a publicação da RSL na Revista Referência e, atualmente, a submissão de um artigo à Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn).

Concomitantemente a estas atividades, lecionou-se temáticas teórico-práticas que versavam o doente cirúrgico, nos cursos de licenciatura em enfermagem e na pós-graduação em enfermagem cirúrgica e peri-operatória da instituição de origem do investigador. Também, acompanhou-se, orientou-se e avaliou-se estudantes nas práticas clínicas, em que o foco do cuidado era a pessoa com afeções cirúrgicas, no serviço de especialidade *esofagogástrica*.

Além de tudo o que foi exposto, salienta-se que a presença de um coorientador, próximo, e um orientador, disponíveis, envolvidos, compreensivos e empáticos, aliado a um elevado saber técnico-científico, foram determinantes no almejar dos objetivos e para a conclusão desta tese. A par, da orientação, um fator que se considera essencial na fase de desenvolvimento do *focus group*, foi a presença de um comoderador, auxiliando o investigador e contribuindo para garantir o foco do tema em debate, com vista a concretização dos objetivos. Também se faz referência a outro aspeto que se considerou crucial e facilitador: o facto da análise e avaliação da fidelidade dos dados obtidos através das entrevistas, realizadas na fase do pré-teste, ter sido executado por dois investigadores, o responsável pela investigação e um investigador convidado. A discussão de ideias, a partilha de conhecimentos, a reflexão crítica, o cruzamento dos resultados, assim como, a assunção dos mesmos interesses, proporcionaram momentos de enriquecimento e fortalecimento do estudo.

Por tudo o que já foi referido, parece legítimo afirmar que o objetivo geral desta investigação foi alcançado, ou seja, tendo sido possível desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão do regime dietético da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, assim como os objetivos propostos em cada uma das fases metodológicas que envolveu esta investigação, sendo esta tese, o culminar do percurso académico desenvolvido durante o Curso de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Adachi, S., Kawamoto, T., Otauka, M., Todoroki, T. & Fukao, K. (2000). Enteral vitamin B12 supplements reverse postgastrectomy B12 deficiency. *Annals of surgery*, 232(2), 199-201. <http://doi.org/10.1097/0000658-200008000-00008>
- Aeberhard, C., Friedli N., Leuenberger M., Schuetz P. & Stanga Z. (2016). Management of Malnutrition in Hospitalised Patients. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 41 (6), 429-436. <http://doi.org/10.1055/s-0042-119690>
- Ahmadi, F., Cetrez, Ö. A., Erbil, P., Ortak, A., & Ahmadi, N. (2020). A Survey Study Among Cancer Patients in Turkey: Meaning-Making Coping. *Illness, Crisis & Loss*, 28(3), 234–254. <https://doi.org/10.1177/1054137317720751>
- Ahn, H. S., Yook, J. H., Park, C. H., Park, Y. K., Yu, W., Lee, M. S., Sang-Uk, H., Ryu, K. W., Sohn, T. S., Choi, S. H., Noh, S. H., Hiki, N., Sano, T. & Yang H. K. (2011). General perioperative management of gastric cancer patients at high-volume centres. *Gastric Cancer*, 14, 178–182. <http://doi.org/10.1007/s10120-011-0012-x>
- Alagiakrishnan, K., & Sankaralingam, S. (2014). Delirium in surgical patients. Em R. Alonso (Ed.), *Delirium: Diagnosis, management and prevention* (pp. 69-93). Novinka
- Alidosti, M., Sharifirad, G. R., Golshiri, P., Azadbakht, L., Hasanzadeh, A., & Hemati, Z. (2012). An investigation on the effect of gastric cancer education based on Health Belief Model on knowledge, attitude and nutritional practice of housewives. *Iranian Journal of Nursing & Midwifery Research*, 17(3), 256–262. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3702143/>
- Almeida, M., Sousa, M. R. M. G. C., & Loureiro, H. M. A. M. (2019). Eficácia de um programa educacional baseado no empowerment na percepção de autoeficácia em utentes com diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV(22), 33-41. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV19037>
- American Cancer Society (2017). *About Stomach Cancer*. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/8838.00.pdf>
- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association* (7ª ed.). Autor
- Andreollo, N. A., Lopes, L. R. & Coelho Neto, J. S. (2011). Complicações pós-operatórias após gastrectomia tontal no cancer gástrico: análise de 300 doente. *ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 24(2), 160-130. <http://doi.org/10.1590/S0102-67202011000200007>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian*, 15(1), 19-25. <http://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Araújo, D. (2014). *O efeito da utilização da chupeta na prevenção do síndrome de morte súbita do lactente: Uma revisão sistemática da literatura com meta-análise*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelemy N, Bertz H, Bozzetti F, Fearon K, Hütterer E, Isenring E, Kaasa S, Krznaric Z, Laird B, Larsson M, Laviano A, Mühlebach S, Muscaritoli M, Oldervoll L, Ravasco P, Solheim T, ... Preiser JC. (2017). ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*, 36(1), 11-48. <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.07.015>
- Aschidamini, I. M. & Saupe, R. (2004). Grupo focal estratégia metodológica qualitativa: Um ensaio teórico. *Enfermagem Cogitare*, 9(1), 9-14. <http://doi.org/10.5380/ce.v9i1.1700>
- Balduino, A. D. F. A., Mantovani, M. D. F., Lacerda, M. R., Marin, M. J. S., & Wal, M. L. (2016). Experience of hypertensive patients with self-management of health care. *Journal of advanced nursing*, 72(11), 2684-2694. <http://doi.org/10.1111/jan.13022>

- Bana, M., Ribí, K., Kropf-Staub, S., Näf, E., Schramm, M. S., Zürcher-Florin, S., Peters, S., & Eicher, M. (2020). Development and implementation strategies of a nurse-led symptom self-management program in outpatient cancer centres: The Symptom Navi© Programme. *European Journal of Oncology Nursing*, 44, 101714. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.101714>
- Bardin, B. (2016). *Análise de Conteúdo*. Edições 70
- Baribeau, C. & Germain, M. (2010) L'entretien de groupe : considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches Qualitatives*, 29(1), 28-49. <http://www.gestionorienteeverslimpact.org/sites/default/files/resource/baribeau-entretien-de-groupe-considerations-theoriques-et-methodologiques.pdf>
- Barra, D. C. C. & Sasso, G. T. M. (2012). Processo de enfermagem conforme a classificação internacional para as práticas de enfermagem: uma revisão integrativa. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 21(2), 440-7. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a24v21n2.pdf>
- Benedet S. A., Gelbcke F. L., Amante L. N., Padilha, M. I., Pires, D. P. (2016). Processo de enfermagem: instrumento da sistematização da assistência de enfermagem na percepção dos enfermeiros. *Care Online*, 8(3), 4780-4788. <http://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4780-4788>
- Berger, M., Nadler, J. W., Browndyke, J., Terrando, N., Ponnusamy, V., Cohen, H. J., ... & Mathew, J. P. (2015). Postoperative cognitive dysfunction: minding the gaps in our knowledge of a common postoperative complication in the elderly. *Anesthesiology clinics*, 33(3), 517-550. <http://doi.org/10.1016/j.anclin.2015.05.008>
- Berry, L. L., Dalwadi, S. M., & Jacobson, J. O. (2017). Supporting the supporters: what family caregivers need to care for a loved one with cancer. *Journal of oncology practice*, 13(1), 35-41. <http://doi.org/10.1200/JOP.2016.017913>
- Beserra, P. J. F., Gomes, G. L. L., Santos, M. C. F., Bittencourt, G. K. G. D. & Nóbrega, M. M. L. (2018). Produção científica da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: estudo bibliométrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 3032-3041. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0085>
- Brunet, J., Wurz, A. & Srivastava, D. (2020). The Process of Self-Management: A Qualitative Case Study Reporting on Cancer Survivors and Program Staff's Experiences Within One Self-Management Support Intervention. *Health Education & Behavior*, 47(4), 592-601. <http://doi.org/10.1177/1090198120902029>
- Campbell, J., Vaghela, K., Rogers, S., Pyer, M., Simon, A., & Waller, J. (2018). Promoting prompt help-seeking for symptoms - assessing the impact of a gynaecological cancer leaflet on presentations to primary care: a record-based randomised control trial. *BMC Public Health*, 18(1), 994. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5920-9>
- Castro, J. M., Carneiro, J. A., Ferreira, J. S., Ferreira, P. C., Gomes, F., Sousa, F., Lima, F., Oliveira, K., Sousa, P. & Alves, R. N. (2017). Assistência de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico por afecções Gastrointestinais: Uma Revisão Bibliográfica. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 19(2), 119-124. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170706_112242.pdf
- Celik, S., Kavacık, D., Nair, A., Şeker, N. & Demirel, L. (2015). Evaluation of cognitive dysfunction in elderly patients undergoing surgery. *Medical Journal of Bakirkoy*, 11(2), 66-73. <http://doi.org/10.5350/BTDMJB201511205>
- Chalmers, J. & Armour, M. (2019). The Delphi Technique. Em Liamputong, P. (Ed.). *Handbook of Research Mtehdos in Health Social Sciences* (pp. 715-735). Springer. http://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_99

- Chaves, S. O. (2012). *Caraterização do estado nutricional, no perioperatório, dos pacientes com cancro gástrico submetidos a gastrectomia* [Monografia]. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação da Universidade do Porto.
- Chaves, Y. S., & Destefani, A. C. (2016). Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da síndrome de dumping e sua relação com a cirurgia bariátrica. *Arquivo Brasileiro de Cirurgia Digestiva*, 29 (supl.1), 116-119. <http://doi.org/10.1590/0102-6720201600S10028>
- Chen, C. C., Lin, M. T., Tien, Y. W., Yen, C. J., Huand, G. H. & Inouye, S. K. (2011). Modified hospital elder life program: effects on abdominal surgery patients. *Journal Of The American College Of Surgeons*, 213(2), 245-252. <http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2011.05.004>
- Collins, C. & Rochfort, A. (2016). Promoting Self-Management and Patient Empowerment in Primary Care. *IntechOpen*. DOI: 10.5772/62763. <http://dx.doi.org/10.5772/62763>
- Cortez, D. N., dos Santos, J. C., Macedo, M. M. L., Souza, D. A. S., Reis, I. A., & Torres, H. C. (2018). Efeito de um programa educacional em empoderamento do autocuidado para cumprimento de metas em diabetes. *Ciência y Enfermería*, 24(3), 23-32. <http://doi.org/10.4067/s0717-95532018000100203>
- Costa, A. C. & Silva, J. V. (2018). Representações sociais da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (16), 139-146. <http://doi.org/10.12707/RIV17069>
- Davoodi, A., Gholizadeh, L., Rezazadeh, H., Sheikalipour, Z., Lakdizaji, S., Mirinajad, K. & Rahmani, A. (2015). Effects of a self-care education program on quality of life of patients with gastric cancer after gastrectomy. *The journal of community and supportive oncology*, 13(9), 330-336. <http://doi.org/10.12788/jcso.0158>
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. (1998). *Criação e Estatutos da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 04 de setembro. (1996). *REPE: Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Despacho n.º 6634/2018, de 6 de julho (NRS 2002). Diário da República: II série, n.º129: https://dre.pt/home/-/dre/115652170/details/2/maximized?print_preview=print-preview
- Dias, L. B. & Duran, E. C. M. (2018). Atitudes dos enfermeiros frente ao Processo de Enfermagem de um hospital público: estudo descritivo. *Revista Enfermagem*, 26, e26412. <http://doi.org/10.12957/reuerj.2018.26412>
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Autor
- Du, C. Z., Li, J., Cai, y., Sun, Y. S., Xue, W. C. & Gu, J. (2011). Effect of multidisciplinary team treatment on outcomes of patients with gastrointestinal malignancy. *World Journal of Gastroenterology*, 17(15), 2013-2018. <http://doi.org/10.3748/wjg.v17.i15.2013>
- Duarte, F. H. S., Santos, W. N., Silva, F. S., Lima, D. M., Fernandes, S. F., & Silva, R. A. R. (2019). Termos da linguagem especializada de enfermagem para pessoas com lesão por pressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1028-1035. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0492>
- Encarnação, R. M. C. (2014). *O suporte do enfermeiro na autogestão da doença oncológica: Uma revisão sistemática da literatura* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Eng, O. S., Kim, J. Y., Ruel, N., Raz, D. J., Erhunmwunsee, L., Melstrom, L. G., Chao, J., Woo, Y., Kim, J., & Sun, V. (2018). Quality of Life, Symptoms, and Self-Management Strategies After Gastroesophageal Cancer Surgery. *Journal of pain and symptom management*, 56(2), e4–e8. <http://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.05.001>

- Eskes, A. M., van Ingen, C. H. N. M., Horst, M. E. E., Schreuder, A. M., Chaboyer, W., & van Dijkum, E. J. M. N. (2020). The experiences of family caregivers who participated in a family involvement program after cancer surgery: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 49, 101835. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101835>
- Faller, H., Koch, G. F., Reusch, A., Pauli, P. & Allgayer, H. (2009). Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs. *Patient Education & Counseling*, 76(1), 91-98. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.021>
- Fernández, F. X.; Pino-Juste, M. & Navarro, J. J. (2020). Benefits of a non-pharmacological treatment group program in coping with cancer in Spanish women. A qualitative synthesis. *Saúde e Sociedade*, 29(3). <http://doi.org/10.1590/s0104-12902020181001>.
- Ferraz, A. A. B., Carvalho, M. R. C., Siqueira, L. T., Santa-Cruz, F., Campos, J. M. (2018). Micronutrient deficiencies following bariatric surgery: a comparative analysis between sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 45(6), e2016. <http://doi.org/10.1590/0100-6991e-20182016>
- Figueira, M., Jacob, L. M. S., Spazapaz, M. P., Chiquetto, L., Rolim, A. C., Duran, E., C. & Lopes, M. H. (2018). Reflexões Sobre A Utilização Da Cipe Na Prática Profissional: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), 134-154. <http://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2369>
- Filomeno, L., Minciullo, A. & Gabellini, S. (2020). Educational interventions in the perioperative period of the patient undergoing cardiac surgery: a scoping review of the literature. *SCENARIO: Official Italian Journal of ANIARTI*, 37(2), 5-15. <https://search.proquest.com/openview/3b3eb050c5dfa5c995ed302459802e19/1?pq-origsite=qscholar&cbl=886352>
- Ford, A. C., Yuan, Y. & Moayyedi, P. (2020). Helicobacter pylori eradication therapy to prevent gastric cancer: systematic review and meta-analysis. *Gut*, 69 (12), 2113-2121. <http://doi.org/10.1136/gutjnl-2020-320839>
- Fortin, M. F. (2009). O Processo de Investigação (5ª ed.) Lusociência
- Franek, J. (2013). Self-Management Support Interventions for Persons With Chronic Disease An Evidence-Based Analysis. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 13(9), 1–60. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3814807/>
- Gagnon, J. & Fortin, M. F. (2016). *Fondements Et Étapes Du Processus De Recherche; Méthodes Quantitatives Et Qualitatives* (3ª ed.). Cheneliere Mcgraw-Hill
- Galego, C., & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: O “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5(5), 173-184. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012>
- Ghiglione, R., Beauvois J., Chabrol, C. & Thognon, A. (1980). *Manuel d'analyse de contenu*. Armand Colin
- Gil, A. C. (2019). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (7ª ed.). Editora Atlas
- Gomes, N. C. R. P. (2009). *O Doente Cirúrgico no Período Pré-Operatório: da Informação Recebida às Necessidades Expressas* [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
- Gonçalves, M. A. R., Cerejo, M. N. R. & Martins, J. C. A. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (14), 17-26. <http://doi.org/10.12707/RIV17023>
- Gough, D., Oliver, S., & Thomas, J. (2017). *An introduction to systematic reviews*. Sage

- Government of Western Australia. (2015). *Western Australia chronic conditions self-management (CCSM): CCSM program criteria*. <https://ww2.health.wa.gov.au/>
- Grady P. A. & Gough L. L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención [Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions]. *Revista Panamericana de Salud pública*, 37(3), 187-94. <https://scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/187-194/>
- Green, S., Higgins, J. P., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C. D. & Oxman, A. D. (2011). Introduction. Em J. P. Higgins & S. Green (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (versão 6.0). Disponível em: <http://handbook.cochrane.org/>
- Grifasi, C., Calogero, A., Esposito, A. & Dodaro, C. (2015). Perioperative care of elderly outpatient A review. *Annali Italiani di Chirurgia*, 86(2), 100-105. https://www.researchgate.net/publication/265418707_Periooperative_care_of_elderly_outpatient_A_review
- Guerra, J., Nicolau, V. & Escoval, A. (s.d.). *Gestão da Doença: O caso das Doenças reumáticas*. <http://ondor.med.up.pt/uploads/cap3.pdf>
- Hernández, R. S., Lasheras, V. M., Carabaño, A. I., Salcedo L. E., Núñez R. R. & Medina B. E. (2019). Síndrome de vaciado gástrico rápido en un adolescente no gastrectomizado: revisión a propósito de un caso. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 21(81), 65-68. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000100015&lng=es
- Hernández-Ramírez R.U. & López-Carrillo L. (2014). Dieta y cáncer gástrico en México y en el mundo. *Salud Pública de México*, 56(5), 555-560. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500023
- Hinkle J. L., Cheever K. H. & Burell, S. (2018). Management of Patients with Gastric and Duodenal Disorders. Em *Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing* (14ª ed., pp. 3426-3473).
- Hsu, C. C., & Sandford, B. A. (2007). The Delphi technique: Making sense of consensos. *Practical assessment, research and evaluation*, 12(10), 1-8. <https://doi.org/10.7275/pdz9-th90>
- International Agency for Research on Cancer (2018a, maio 27). World 2018. The Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/today/index_ie.php
- International Agency for Research on Cancer (2018b, maio 27). Portugal 2018. The Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/today/index_ie.php
- International Agency for Research on Cancer (2018c, março 26). Stomach 2018. The Global Cancer Observatory. https://gco.iarc.fr/today/index_ie.php
- International Council of Nurses. (2017). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Javier, M., Loarte, A. & Pilco, P. (2008). Evaluación nutricional en pacientes con gastrectomía total y parcial por adenocarcinoma gástrico. *Revista de Gastroenterología del Peru*, 28(3), 239-43. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292008000300005
- Keeney, S., Hasson, F., & MacKenna, H. (2011). *The Delphi technique in nursing and health research*. Wiley-Blackwell.
- Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W. Y., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. (2016). Caring for caregivers and patients: Research

- and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987–1995. <http://doi.org/10.1002/cncr.29939>
- Khalatbari-Soltani, S., & Marques-Vidal, P. (2016). Impact of nutritional risk screening in hospitalized patients on management, outcome and costs: A retrospective study. *Clinical nutrition*, 35(6), 1340-1346. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clnu.2016.02.012>
- Kim, H., Suh, E. E., Lee, H. & Yang, H. (2014). The effects of patient participation-based dietary intervention on nutritional and functional status for patients with gastrectomy: a randomized controlled trial. *Cancer Nursing*, 37(2), e10-e20. <http://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829193c8>
- Kondylakis H., Bucur, A., Dong, F., Renzi, C., Manfrinati, A., Graf, N., Hoffman, S., Koumakis, L., Pravettoni, G., Marias, K., Tsinakis, M. & Kiefer, S. (2017, junho 22-24). *iManageCancer: Developing a Platform for Empowering Patients and Strengthening Self-Management in Cancer Diseases*. *IEEE 30th International Symposium on Computer-Based Medical Systems (CBMS)*, Thessaloniki. <http://doi.org/10.1109/CBMS.2017.62>
- Kondylakis, H., Bucur, A., Crico, C., Dong, F., Graf, N., Hoffman, S., Koumakis, L., Manenti, A., Marias, K., Mazzocco, K., Pravettoni, G., Renzi, C., Schera, F., Triberti, S., Tsiknakis, M. & Kiefer, S (2020). Patient empowerment for cancer patients through a novel ICT infrastructure. *Journal os Biomedicaql Informatics*, 1010, 103342. <http://doi.org/10.1016/j.jbi.2019.103342>
- Korc-Grodzicka, B., Rootb, J. C. & Alicib, Y. (2015). Prevention of post-operative delirium in older patients with cancer undergoing surgery. *Journal of geriatric oncology*, 6, 60-69. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgo.2014.10.002>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2015). *Focus group a practical guide for applied research* (5^a ed.). Sage Publishing
- Kyngäs, H., Mikkonen, K. & Kääriäinen, M. (Eds.). (2019). *The application of content analysis in nursing science research*. Springer Nature.
- Laffitte, A. M., Polakowski, C. B., & Kato, M. (2015). Realimentação precoce via oral em pacientes oncológicos submetidos à gastrectomia por câncer gástrico. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva*, 28(3), 200-203. <http://doi.org//10.1590/S0102-67202015000300014>
- Laporte, A. G., Weston, A. C., Paludo, A. O, Castria, T. B. & Nocchi. A. (2014). Análise epidemiológica dos adenocarcinomas gástricos ressecados em um serviço de cirurgia oncológica. *Revista da AMRIGS*, 58(2), 121-125. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835396>
- Lawn, S., & Schoo, A. (2010). Supporting self-management of chronic health conditions: common approaches. *Patient education and counseling*, 80(2), 205-211. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.006>
- Lee, S. M., Oh, J., Chun, M. R. & Lee, S. Y. (2019). Methylmalonic Acid and Homocysteine as Indicators of Vitamin B12 Deficiency in Patients with Gastric Cancer after Gastrectomy. *Nutrients*, 11(2), 450. <http://doi.org/10.3390/nu11020450>
- Lever-Rosas, C. D., Silva-Ortiz, J. & Almanza-Muñoz, J. J. (2014). Cáncer gástrico. Abordaje multidisciplinario, cirugía, psico-oncología y calidad de vida. *Revista de Sanidad Militar*, 68(3), 177-188. https://www.academia.edu/21600166/Art%C3%ADculo_de_revisi%C3%B3n_C%C3%A1ncer_g%C3%A1strico_Abordaje_multidisciplinario_cirug%C3%ADa_psico_oncolog%C3%ADa_y_calidad_de_vida

- Lim, H. S., Lee, B. & Cho, G. S. (2020). Nutritional and Clinical Factors Affecting Weight and Fat-Free Mass Loss after Gastrectomy in Patients with Gastric Cancer. *Nutrients*, 12(7), 1905. <http://doi.org/10.3390/nu12071905>
- Lin, J. X., Chen, X. W., Chen, Z. H., Huang, X. Y., Yang, J. J., Xing, Y. F., Yin, L. H., Li, X., & Wu, X. Y. (2017). A multidisciplinary team approach for nutritional interventions conducted by specialist nurses in patients with advanced colorectal cancer undergoing chemotherapy: A clinical trial. *Medicine*, 96(26), e7373. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000007373>
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (2002). *The Delphi method: Techniques and applications*. <https://web.njit.edu/~turoff/pubs/delphibook/delphibook.pdf>
- Longo, J. J. R., & Fernandes, M. J. R. S. (2014). Focus group and teaching-learning process in nursing: A systematic review of the literature. *Biomedical and biopharmaceutical research*, 11(1), 11-21. <https://doi.org/10.19277/BBR.11.1.72>
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 26(1), 1-7. http://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
- Magagnin, A. B. & Heidemann, I. T. S. B. (2020). Empowerment do familiar cuidador frente ao acidente vascular cerebral no ambiente hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4), e20190165. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0165>
- Malik, S., & Semrad, C. E. (2020). Nutritional Implications in Preparing Patients for Total Gastrectomy. *Current Surgery Reports*, 8(11), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s40137-020-00273-3>
- Malmstrom, M., Ivarsson, B., Johansson, J. & Klefsgard, R. (2013). Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer: A focus group study. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 50, 44-52. <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.08.011>
- Marques, J. B. V. & Freitas, D. D. (2018). Método Delphi: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, 29(2), 389-415. <http://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Mathias, S. L. & Sakai, C. (2013, setembro 17-18). *Utilização da Ferramenta Google Forms no Processo de Avaliação Institucional: Estudo de Caso nas Faculdades Magsul*. Seminários Regionais sobre Autoavaliação Institucional e Comissões Próprias de Avaliação (CPA), Brasília. https://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_institucional/seminarios_regionais/trabalhos_regiao/2013/centro_oeste/eixo_1/google_forms_processo_avaliacao_instit_estudo_caso_faculdades_mag.pdf
- Matthews, M., Reid, J., McKeaveney, C., Mullan, R., Bolton, S., Hill, C., & Noble, H. (2020). Development of a psychosocial intervention to support informal caregivers of people with end-stage kidney disease receiving haemodialysis. *BMC nephrology*, 21(1), 1-8. <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-020-02075-2>
- McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schiling, L. S., Lorig, K. & Wagner, E. H.. (2011). Self-Management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1). <http://doi.org/10.3322/caac.20093>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Em A. I. Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Mello, B. S., Lucena, A. F., Echer, I. C. & Luzia, M. F. (2010). Patients with gastric cancer who have undergone gastrectomy: an integrated review. *Revista Gaucha de*

- Enfermagem*, 31(4), 803-811.
https://www.researchgate.net/publication/51537137_Patients_with_gastric_cancer_submitted_to_gastrectomy_an_integrative_review
- Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Lisboa: Lusociência
- Ministério da Saúde (2018). *Retrato da Saúde*. Autor
- Miranda, A. (2008). *Impacto da intervenção nutricional em doentes gastrectomizados* [Monografia]. Faculdade de Ciências da Nutrição e da Alimentação da Universidade do Porto
- Missel, M., Hansen, M., Jackson, R., Siemsen, M. & Schonau, M. N. (2018). Reembodying eating after surgery for esophageal cancer: Patients lived experiences of participating in an education and counselling nutritional intervention. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(7-8), 1420-1430. <http://doi.org/10.1111/jocn.14297>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <http://doi.org/doi:10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moleiro, J., Ferro, S. M., Ferreira, S., Serrano, M., Silveira, M. & Pereira, A. D. (2018). Efficacy of long-term oral vitamin b12 supplementation after total gastrectomy: Results from a prospective study. *Portuguese Journal of Gastroenterology*, 25, 117-122. <http://doi.org/10.1159/000481860>
- Morgan, D. L. (2019). *Basic and advanced focus groups*. SAGE Publications.
- Munaretto, L. F., Corrêa, H. L., & Da Cunha, J. A. C. (2013). Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. *Revista de Administração de UFSM*, 6(1), 09-24. <https://periodicos.ufsm.br/reaufsm/article/download/6243/pdf>
- Nakamura, M., Kido, Y. & Egawa, T. (2008). Development of a 32-item scale to assess postoperative dysfunction after upper gastrointestinal cancer resection. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1440-1449. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02179.x>
- Nascimento, E. A., Tarcia, R. M., Magalhães, L. P., Soares, M. A., Suriano, M. L. & Domenico, E. B. (2015). Folhetos educativos em saúde: estudo de recepção. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 49(3), 435-442. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420150000300011>
- Nicklin, J., Kirby, D. & Blazeby, J. (2009). Gastrointestinal cancer: developing an information booklet for patients. *Nursing Standard*, 23(33), 35-40. <https://journals.rcni.com/nursing-standard/gastrointestinal-cancer-developing-an-information-booklet-for-patients-ns2009.04.23.33.35.c6951>
- Ogasa, M. (2017). Development of a dietary habit self-management skills scale for post-gastrectomy cancer patients in Japan. *Health*, 9, 1750-1775. <http://doi.org/10.4236/health.2017.913128>
- Omisakin, F. P. & Ncama, B. P. (2011) Self, self-care and self-management concepts: implications for self-management education. *Educational Research*. 2 (12), 1733-1737. https://www.researchgate.net/publication/303516969_Self_self-care_and_self-management_concepts_Implications_for_self-management_education
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem Edição Portuguesa*. https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Author.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Paese, F., Dal Sasso, G. T. & Colla, G. W. (2018). Metodologia de estruturação do Processo de Enfermagem Informatizado para as Unidades de Emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1079-1084. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0619>
- Paiva, I. C. S. P., Santos, D. A. R., Pimentel, V. F. O., & Ferreira, M. M. F. (2011). Utentes com gastrectomia por carcinoma gástrico: nutrição versus qualidade de vida – Revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (3), 123-130. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn3/serlIn3a13.pdf>
- Papini-Berto, J. J. & Burini, R. C. (2001). Causas da desnutrição pós-gastrectomia. *Arquivos de Gastroenterologia*, 38(4), 272-275. <https://www.scielo.br/pdf/ag/v38n4/14266.pdf>
- Park, M. & Park, H. (2010). Development of a nursing practice guideline for pre and post-operative care of gastric cancer patients. *Healthcare Informatics Research*, 16(4), 215-223. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092132/>
- Patel, B. K. & Hall, J. B. (2013). Perioperative physiotherapy. *Current Opinion In Anesthesiology*, 26(2), 152-156. <http://doi.org/10.1097/ACO.0b013e32835e8b34>
- Pereira, A. L., Bachion, M. M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 27 (4), 491-498. <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>
- Pereira, F. O. (2013). Predisposição psicológica de adaptação comportamental à patologia oncológica. *Revista Evidências*, n.º de apresentação, 26-40. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10235/1/6..pdf>
- Pethybridge, R., Teleni, L. & Chan, R. J. (2020). How do family-caregivers of patients with advanced cancer provide symptom self-management support? A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*, 48, 101795. <http://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101795>
- Pfeifer, K. A. (2000). Cirurgia. Em S. E. Otto (Ed.), *Enfermagem em Oncologia* (3ª ed, pp. 529-556). Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência
- Pinho, M. S. (2012). Memória e envelhecimento. Em C. Paul & O. Ribeiro, *Manual de Gerontologia* (1ª ed., pp. 141-162). Lidel
- Polit, D. F. & Beck, C. H. T. (2017). *Essentials of Nursing Research* (9ª ed.). Wolters Kluwer
- Portney, L. G. & M. P. Watkins (2009). *Foundations of Clinical Research: Applications to Practice* (3ª ed.). Pearson Education
- Potter, P. A. P., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. S. M. (2017). *Fundamentals of Nursing* (9ª ed.). Elsevier
- Potter, P. A., Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Lusociência
- Ribeiro, O. & Paul, C. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo* (2ª ed.) Lidel
- Rivera, I., Ochoa-Martínez, C. I., Hermsillo-Sandoval, J. M., Morales-Amezcuca, J. M., Fuentes-Orozco, C., & González-Ojeda, A. (2007). Síndrome de vaciamento rápido en pacientes sometidos a resección gástrica. *Cirugía y Cirujanos*, 6, 429-433. <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=14563>
- Robalo, S. A. (2005). Doentes submetidos a gastrectomia por carcinoma gástrico. *Nursing*, 16(201), 38-43.

- Robinson, T. N. & Eiseman, B. (2008). Postoperative delirium in the elderly: diagnosis and management. *Clinical Interventions in Aging*, 3(2), 351–355. <http://doi.org/10.2147/cia.s2759>
- Ruivo, E. A., Fazeres, F. Q., Ventura, J., Vasconcelos, E., Terleira, H., Veiga, M. & Midões, A. J. (2015). Impacto do suporte nutricional precoce na morbimortalidade em doentes submetidos a cirurgia de ressecção por adenocarcinoma gástrico. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, 34, 27-31. http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1646-69182015000300005&lng=pt&nrm=i
- Ruiz-Neto, P. P., Moreira, N. A. & Furlaneto, M. E. (2002). Delírio pós-anestésico. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 52(2), 242-250. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942002000200013&script=sci_arttext
- Ryan, P. & Sawin, K. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217-225. <http://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
- Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. <https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83-89. <https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>
- Sands, J. K. (2010). Problemas de estômago e duodeno. Em F. D. Monahan; J. K. Sands; M. Neighbors; J. F. Marek & C. J. Green (Eds.), *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (8ª ed., Vol. 3, pp. 1237-1272). Lusodidacta.
- Santos, M. G. & Fuly, P. S. C. (2014). Visita domiciliar e educação em saúde, promovendo qualidade de vida em pacientes oncológicos. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 8(4), 904-909. <http://doi.org/10.5205/reuol.5829-50065-1-ED-1.0804201415>
- Sassen, B. (2018). *Nursing: Health education and improving patient self-management*. Springer International Publishing.
- Scarpato, A. F., Laus, A. M., Azevedo, A. L. de C. S., De Freitas, M. R. I., Gabriel, C. S., & Chaves, L. D. P. (2012). Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Revista RENE*, 13(1), 242-251. https://www.researchgate.net/publication/281497981_Reflexoes_sobre_o_uso_da_tecnica_Delphi_em_pesquisas_na_enfermagem
- Seeley, R. R., Tate, P. & Stephens, T. D. (2011). *Anatomia & Fisiologia* (8ª ed). Lusociência
- Sequeira, C., & Coelho, T. (2016). Técnicas/competências de comunicação. Em C. Sequeira (coord.), *Comunicação clínica e relação de ajuda* (pp.103-131). Lidel
- Silva T. C. M. S., Castro M. C. N. & Popim, R. C. (2018). Adaptation of the Nursing Activities Score for oncologic care. *Revista Brasileira de Enfermagem* 71(5), 2383-91. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0015>
- Silva, C. R., Sousa, F., Lima, J. L., Pinto, M. C., Brito, M. A. & Cruz, I.M (2017). Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 111-120. <https://doi.org/10.12707/RIV17015>
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>
- Silva, M. T. M. C. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável: Melhoria da qualidade* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto

- Silva, R. G., Ferreira, L. M. & Pereira, F. (2018). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da mulher ao cancro da mama. *Onco News*, 36, 26-35.. <http://doi.org/10.31877/on.2018.36.03>
- Silva, Y. C., & Silva, K. L. (2020). Constituição do sujeito cuidador na atenção domiciliar: dimensões psicoafetiva, cognitiva e moral. *Escola Anna Nery*, 24(4), e20190335. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0335>
- Smith, C. E. (2008). Cirurgia gastrointestinal. Em J. C. Rothrock. *Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico* (13ª ed., pp. 297-355). Lusodidacta
- Smithson, J. (2008). Focus groups. Em P. Alasuutari, L. Bickman, & J. Brannen. *The sage handbook of social research methods* (p. 356-371). Sage
- Smyth, E. C., Nilsson, M., Grabsch, H. I., Van Grieken, N. C. & Lordick, F. (2020). Gastric Cancer. *The Lancet*, 396(10251), 635-648. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31288-5](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31288-5)
- Song, M., Lee, H. & Kang, D. (2015). Epidemiology and screening of gastric cancer in Korea. *Journal of the Korean Medical Association*, 58(3), 183-190. <http://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.3.183>
- Sousa P. A. F. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Formasau.
- Sousa, L. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M., Severino, S. S., & Pestana, H. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação* 1(00), 45-55. <http://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Sugano K. (2016). Strategies for Prevention of Gastric Cancer: Progress from Mass Eradication Trials. *Digestive Diseases*, 34(5), 500-504. <http://doi.org/10.1159/000445229>
- Sugano K. (2019). Effect of Helicobacter pylori eradication on the incidence of gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Gastric Cancer*, 22(3), 435-445. <http://doi.org/10.1007/s10120-018-0876-0>
- Sustersic, M., Gauchet A., Foote, A. & Bosson, J.L. (2016). How best to use and evaluate Patient Information Leaflets given during a consultation: a systematic review of literature reviews. *Health Expectations*, 20(4), 531-543. <http://doi.org/10.1111/hex.12487>
- Sxarpellini, E., Arts, J., Karamanolis, G., Laurenus, A., Siquini, W., Suzuki, H., Ukleja, A., Van Beek, A., Vanuytsel, T., Bor, S., Ceppa, E., Di Lorenzo, C., Emous, M., Hammer, H., Hellstrom, P., Laville, M., Lundell, L., Masclee, A., Ritz, P. & Tack, J. (2020). International consensus on the diagnosis and management of dumping syndrome. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(8), 448-466. <http://doi.org/10.1038/s41574-020-0357-5>
- Tan, M. C. B., Goedegebuure, P. S., & Eberlein, T. J. (2010). Biologia do Tumor e Marcadores Tumorais. Em C. M. Townsend, R. D. Beauchamp, B. M. Evers, K. L. Mattox, Sabiston, *Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna* (18ª ed., pp. 693-720). Elsevier.
- The Joanna Briggs Institute (2014a). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Autor
- The Joanna Briggs Institute (2014b). *Levels of evidence and grades of recommendation working party: supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grades of recommendation*. Autor
- The Joanna Briggs Institute (2013). *Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party. New JBI Levels of Evidence*. Autor

- Tsai, C., Steffen, R., Kessler, U., Marki, H. & Zehetner, J. (2020). Short-term outcomes of endoscopic gastro-jejunal revisions for treatment of dumping syndrome after Roux-En-Y gastric bypass. *Surgical Endoscopy*, 34(8), 3626-3632. <http://doi.org/10.1007/s00464-019-07137-7>
- VanPutte, C., Regan, J., Russo, A., Seeley, R., Stephens, T. & Tate, P. (2017). *Seeley's Anatomy & Physiology* (11ª ed). MacGraw Hill Education
- Veloso, M. C. S. (2013). *Contributo para a elaboração de um programa de intervenção de enfermagem promotor da adaptação à doença oncológica mamária* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Veríssimo, M. T. (2014). *Geriatrics fundamental saber e praticar* (1ª ed.). Lidel
- Wattis, J. P. & Curran, S. (2008). *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria da Terceira idade* (1ª ed.) CLIMEPSI Editores
- Winters, J. R. F., Heidemann, I. T. S. B. & Maia, A. R. C. R. (2018). O empoderamento das mulheres em vulnerabilidade social. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), pp.83-91. <http://doi.org/10.12707/RIV18018>
- Witmann, E., Beaton, C, Lewis, W. G., Hopper, A. N., Zamawi, F. Jackson, C., Dave, B., Bowen, R., Willacombe, A., Blackshaw, G. & Crosby, T. D. L. (2011). Comparison of patients' needs, and doctors' perceptions of information requirements related to a diagnosis of oesophageal or gastric cancer. *European Journal of Cancer Care*, 20, 187-195. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2009.01169.x>
- World Health Organization (WHO). (2020). *WHO report on cancer: setting priorities, investing wisely and providing care for all*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>
- Wright, J. T. C. & Giovinazzo, R. A. (2000). Dephi - Uma Ferramenta de apoio ao planeamento prospetivo. *Cadernos de Pesquisa em administração*, 1(12), 54-65. <https://docplayer.com.br/19266368-Delphi-uma-ferramenta-de-apoio-ao-planeamento-prospectivo.html>
- Yamamoto, M., Rashid, O. M. & Wong, J. (2015). Surgical management of gastric cancer: the east vs west perspective. *Journal of Gastrointestinal Oncology*, 6(1), 79-88. <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2078-6891.2014.097>
- Yusefi, A. R., Lankarani, K. B., Bastani, P., Radinmanesh, M., & Kavosi, Z. (2018). Risk factors for gastric cancer: a systematic review. *Asian Pacific journal of cancer prevention*, 19(3), 591-603. <http://doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.3.591>
- Zali, H., Rezaei-Tavirani, M., & Azodi, M. (2011). Gastric cancer: prevention, risk factors and treatment. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench*, 4(4), 175-185. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017429/>
- Zimbudzi, E., Lo, C., Misso, M., Ranasinha, S., & Zoungas, S. (2015). Effectiveness of management models for facilitating self-management and patient outcomes in adults with diabetes and chronic kidney disease. *Systematic Reviews*, 4 (81), 1-8. <http://doi.org/10.1186/s13643-015-0072-9>

Anexos

Anexo I – New JBI Levels of Evidence



New JBI Levels of Evidence

Developed by the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation Working Party October 2013

PLEASE NOTE: These levels are intended to be used alongside the supporting document outlining their use. Using Levels of Evidence does not preclude the need for careful reading, critical appraisal and clinical reasoning when applying evidence.

LEVELS OF EVIDENCE FOR EFFECTIVENESS

Level 1 – Experimental Designs

Level 1.a – Systematic review of Randomized Controlled Trials (RCTs)

Level 1.b – Systematic review of RCTs and other study designs

Level 1.c – RCT

Level 1.d – Pseudo-RCTs

Level 2 – Quasi-experimental Designs

Level 2.a – Systematic review of quasi-experimental studies

Level 2.b – Systematic review of quasi-experimental and other lower study designs

Level 2.c – Quasi-experimental prospectively controlled study

Level 2.d – Pre-test – post-test or historic/retrospective control group study

Level 3 – Observational – Analytic Designs

Level 3.a – Systematic review of comparable cohort studies

Level 3.b – Systematic review of comparable cohort and other lower study designs

Level 3.c – Cohort study with control group

Level 3.d – Case – controlled study

Level 3.e – Observational study without a control group

Level 4 – Observational –Descriptive Studies

Level 4.a – Systematic review of descriptive studies

Level 4.b – Cross-sectional study

Level 4.c – Case series

Level 4.d – Case study

Level 5 – Expert Opinion and Bench Research

Level 5.a – Systematic review of expert opinion

Level 5.b – Expert consensus

Level 5.c – Bench research/ single expert opinion

Apêndices

Apêndice I - Protocolo da RSL

Protocolo de Revisão Sistemática da Literatura

Eficácia das intervenções de Enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico: Protocolo de Revisão Sistemática da Literatura

Discente

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Orientadora

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora

Professora Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Protocolo de Revisão Sistemática da Literatura

A Revisão Sistemática da Literatura (RSL) corresponde a um método de pesquisa atual e mais adequado para resumir e sintetizar a evidência científica. As revisões sistemáticas “são desenhadas para serem metódicas, explícitas e passíveis de reprodução” (Sampaio & Mancini, 2007, pág. 83).

Green et al (2011) acrescenta que as revisões sistemáticas procuram reunir todas as provas que encaixam nos critérios de elegibilidade pré-especificados, a fim de abordar uma questão de pesquisa específica e visam minimizar viés, usando métodos sistemáticos explícitos.

Assim, a realização do protocolo de revisão sistemática é indispensável uma vez que pré-define os objetivos e métodos da revisão sistemática a ser desenvolvida. Corresponde a uma abordagem sistematizada que permite conduzir a investigação e a concretização do relatório da avaliação, que por sua vez permite a transparência de todo o processo (Joanna Briggs Institute, 2014).

Um protocolo prevê o plano ou proposta para a revisão sistemática e, como tal, é importante, reduzindo o risco de viés da informação. A realização de um protocolo deve obedecer e seguir vários passos, para que o trabalho desenvolvido seja o mais concreto, transparente e objetivo possível (Joanna Briggs Institute 2014).

As etapas a seguir incluem: identificação do primeiro e segundo revisor; o objetivo da revisão; questão norteadora; background (justificação da revisão/fundamentação); critérios de inclusão (tipo de participantes, tipo de intervenções, fenómenos de interesse, tipo de resultados e tipo de estudo) e critérios de exclusão; estratégias de pesquisa/métodos de identificação de evidência científica; avaliação da qualidade metodológica; método de extração de dados; síntese dos dados; conflitos de interesse; referências bibliográficas e anexos/apêndices (Joanna Briggs Institute 2014).

A elaboração deste protocolo de pesquisa tem como base os princípios metodológicos de uma Revisão Sistemática da Literatura fundamentados nas orientações do Joanna Briggs Institute - Reviewers' Manual, edição de 2014.

Identificação dos revisores:

Uma revisão sistemática requer um mínimo de dois colaboradores: um revisor primário e um secundário.

Identificação do 1º Revisor: Noélia Pimenta Gomes

Identificação do 2º Revisor: Marco Henriques

Pergunta de revisão/Pergunta de partida – P.I.C.O

Uma gama de mnemônicas está disponível para orientar a estruturação de perguntas de revisão sistemática, sendo o mais comum para estudos quantitativos o acrónimo P.I.C.O. De acordo com Joanna Briggs Institute (2014) o esquema de referência PICO é usado para construir uma pergunta clara e significativa na busca de evidências quantitativas.

P - Corresponde à identificação da População ou o doente;

I - Corresponde à Intervenção que está sendo investigada ou indicador;

C - Corresponde à Comparação ou Controlo;

O – Corresponde ao “Outcome”, resultado.

Quadro nº1 – Esquema PICO

População (P)	Pessoas, com idade superior ou igual a 18 anos, com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico
Intervenção (I)	Intervenções de Enfermagem
Comparação (C)	Não se aplica/Não utilização
Resultados (O)	Eficácia das Intervenções de Enfermagem na Recuperação pós-operatória

Quais as intervenções de enfermagem mais eficazes na recuperação pós-operatória em pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico?

Conceitos chave:

Cancro gástrico - É um cancro que tem origem no estômago e desenvolve-se a partir das células que formam o revestimento interior do estômago – mucosa. Cerca de 90% a 95% são adenocarcinomas (Mercer & Robinson, 2010, American Cancer Society, 2014).

Tratamento cirúrgico – É um tipo de tratamento especialmente realizado por métodos cirúrgicos (Costa, 2014).

Intervenção de enfermagem – É uma ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem para gerar um resultado de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2011). São cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros no âmbito das suas qualificações profissionais. As intervenções podem ser autónomas ou interdependentes (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro).

Recuperação - Status: readquirir força, restabelecer a saúde, condição normal ou modo de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2014).

Objetivo principal da revisão

Identificar as intervenções de enfermagem e a sua eficácia na recuperação pós-operatória (mediata e tardia), em pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

Objetivos específicos

Operacionalizar os conceitos chave da revisão sistemática da literatura (cancro gástrico, tratamento cirúrgico, intervenções de enfermagem, recuperação pós-operatória);

Elaborar o protocolo de revisão sistemática;

Analisar a qualidade metodológica dos estudos incluídos na RSL;

Sintetizar as evidências científicas dos estudos incluídos na RSL;

Fundamentação teórica

Segundo Joanna Briggs Institute (2014), é recomendado que se realize alguma investigação preliminar da literatura, antes da realização do protocolo de revisão de literatura.

O cancro gástrico é um problema mundial de saúde, sendo dos únicos tumores malignos, com diferenças geográficas definidas na incidência, patologia, tratamento e evolução. Embora a incidência tenha vindo a diminuir no hemisfério ocidental, taxas constantes foram relatadas em países do Oriente, em particular Coreia do Sul e Japão (Yamamoto, Rashid & Wong, 2015).

A International Agency for Research on Cancer (IARC) (2014) estima que em 2012, surgiram cerca de 1 milhão de novos casos de cancro gástrico e que cerca de 720 000 de doentes morreram em todo o mundo, a maioria na Ásia Oriental, e quase metade ocorreu na China. Muitos outros países, especialmente na América Latina e Europa Oriental, também têm taxas relativamente altas de cancro gástrico. Em 2012, cerca de 734 000 dos cancros gástricos foram atribuídos a infeção por helicobacter pylori, considerada a causa de 80% de todos os cancros de estômago.

Para o tratamento do cancro, atualmente encontram-se descritas na bibliografia quatro estratégias primárias: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a bioterapia que emergiu desde os anos oitenta como a quarta estratégia no tratamento do cancro. Pfeifer (2000), Robalo (2005), Mello et. al. (2010) e Laporte et al (2014) aludem que a cirurgia é considerada o tratamento de escolha inicial, pois com o avanço das técnicas cirúrgicas, os tumores podem

ser removidos de qualquer parte do corpo, sendo a cirurgia considerada o único tratamento com finalidade curativa nas situações de cancro gástrico.

Na mesma linha de pensamento Diaz-Nieto, Orti-Rodríguez & Winslet (2013) aludem que a intervenção cirúrgica é a única forma de tratamento curativo oferecido aos doentes que sofrem deste tipo específico de cancro. No entanto, é de salientar que as taxas de sobrevivência, são ainda reduzidas, de forma a melhorar estes resultados, foi desenvolvido o tratamento quimioterápico, administrado após a cirurgia.

Assim, os autores supracitados desenvolveram uma Revisão sistemática da literatura, cujo principal objetivo foi determinar se a quimioterapia deve ser utilizada rotineiramente após a cirurgia de doentes com cancro gástrico. Os autores, na sua pesquisa identificaram 34 estudos randomizados, com 7.824 pacientes, sobre a utilização da quimioterapia pós-cirurgia versus cirurgia exclusivamente. Em termos conclusivos o grupo que recebeu quimioterapia teve um benefício de sobrevida, logo o tratamento com quimioterapia deve ser utilizado. The group who received chemotherapy had a survival benefit and improvement in disease free survival (15% and 21%, respectively), although all the trials had a high risk of bias. rotineiramente no cancro gástrico ressecável.

Atendendo, a que remoção cirúrgica do estômago de doentes com cancro gástrico é a mais frequente forma de tratamento curativo, Park e Park (2010) referem ser importante desenvolver diretrizes para a prática de enfermagem para os cuidados pré e pós-operatório destes doentes. Também, Mello et. al. (2010) aludem que a enfermagem possui papel importante no atendimento multidisciplinar a esses pacientes, pois o sucesso do seu tratamento também depende da qualidade do cuidado prestado.

Assim, o enfermeiro, independentemente do objetivo da cirurgia oncológica, desempenha um papel primordial em todas as fases que compõem o período peri operatório, desde do acolhimento à alta. Mello et. al. (2010), reforçam a importância da atuação/intervenção do enfermeiro no que se refere às orientações/ensino a realizar ao doente e família e que as mesmas devem iniciar-se no pré-operatório, aquando do diagnóstico da doença, e prosseguir durante todo o tratamento, incluindo o pós-operatório tardio. O paciente e a sua família necessitam de suporte para aceitação da doença, decisão sobre as formas de tratamento e informações que favoreçam a sua recuperação.

Com base na evidência científica, consideramos que a conceção e a implementação de um programa de intervenção de enfermagem peri operatório à pessoa submetida a cirurgia gástrica oncológica será uma forma de contribuir para uma melhoria da intervenção de enfermagem promovendo uma maior recuperação da pessoa.

Uma busca preliminar na Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) revelou que não existem atualmente revisões sistemáticas que investiguem exclusivamente a eficácia das intervenções de enfermagem na recuperação pós-operatória de pessoas adultas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico.

Uma pesquisa exploratória a literatura foi realizada na EBSCO HOST - Research Databases, no sentido de identificar estudos que versassem a implementação de intervenções de enfermagem/programas de intervenção ao doente com cancro gástrico submetido a intervenção cirúrgica. Os resultados encontrados revelam-nos que a temática dos programas de intervenção de enfermagem aos doentes com cancro gástrico submetido a tratamento cirúrgico, ainda não é um tema muito abordado pelos investigadores.

Muitos dos estudos que englobam no seu título e resumo as palavras programa de intervenção/cancro gástrico, não avaliam o efeito/eficácia do mesmo, na perspetiva estudada, mas sim na prevenção/rastreio da doença, programas de intervenção com utilização de terapêuticas específicas e ainda doentes em contexto paliativo, entre outros aspetos.

Tendo por base a evidência científica e no contexto da realização do projeto de doutoramento emergiu a seguinte pergunta: Quais as intervenções de enfermagem mais eficazes na recuperação pós-operatória em pessoas adultas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico?

Critério de inclusão

Tipos de participantes

Estudos cuja população é composta por doentes adultos acima de 18 anos de idade.

Tipos de intervenção (s)/ Fenómenos de interesse

Estudos que analisem intervenções de enfermagem/ programas de intervenção de enfermagem aplicadas no pré-operatório a doentes adultos com cancro gástrico submetidos a tratamento cirúrgico;

Tipos de resultados

Estudos cujos resultados, permitam avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem/ programa de intervenção de enfermagem na Recuperação pós-operatória.

Tipos de estudos

1- Artigos publicados nos últimos dez anos (entre janeiro de 2005 e junho de 2015 – idioma português, espanhol ou inglês)	
2- Estudos clínicos randomizados e não randomizados	O estudo clínico randomizado (ECR) consiste “basicamente em um tipo de estudo experimental, desenvolvido em seres humanos e que visa o conhecimento do efeito de intervenções em saúde. Pode ser considerado como uma das ferramentas mais poderosas para a obtenção de evidências para a prática clínica” (Souza, 2009, p. 3). Segundo Oliveira & Parente (2010) a alocação dos sujeitos de pesquisa pode ser de forma aleatória (randomizada) ou não aleatória (não randomizada)
3- Estudos primários	Os estudos primários correspondem a investigações originais e inclui: <u>estudos clínicos randomizados</u> ; <u>estudos de coorte ou prospetivos</u> (dois (ou mais) grupos (coortes de pessoas) são selecionados com base em diferenças na sua exposição a um agente particular ou doença (ex: vacina, um fármaco, uma toxina...), e depois analisamos quantos de cada grupo desenvolveram uma doença particular ou outro resultado); <u>estudos caso-controle ou retrospectivos</u> (Os pacientes que já têm uma condição específica são comparados com pessoas que não têm a condição); <u>estudos transversais</u> (amostra de pacientes é entrevistado, examinado, ou registos são consultados para obter respostas a uma pergunta clínica específica) e <u>relatos de casos e estudos de caso</u> (descreve a história de um único paciente, são muitas vezes executados em conjunto para formar uma série de casos, em que o histórico de mais do que um paciente com uma condição particular são descritos para ilustrar um aspeto da condição) (Greenberg et al, 2004) http://www.ciap.health.nsw.gov.au/education/learning/module4/section_3_7.html
4-Estudos com intervenções implementadas por enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde.	

Critérios de exclusão

Tipos de participantes

Estudos que se focalizem em Crianças (idade inferior a 18 anos);

Estudos em que a população alvo encontra-se em fase de cuidados paliativos

Tipos de intervenção (s)/ Fenómenos de interesse

Estudos em que a forma de tratamento não foi exclusivamente a intervenção cirúrgica, ou seja, estudos em os doentes foram submetidos, a quimioterapia e/ou radioterapia;

Tipos de estudos

Estudos secundários

Artigos de opinião e comentários

Estratégias de pesquisa

A estratégia de busca procurará estudos publicados e escritos em inglês, português e espanhol. Consideraremos os estudos publicados nos últimos dez anos (entre janeiro de 2005 e junho de 2015) uma vez que as tecnologias e os conhecimentos científicos na área da saúde têm avançado a tal ponto que os resultados anteriores são suscetíveis de serem menos relevantes ou atualizados.

A pesquisa de literatura para este estudo será efetuada eletronicamente, nas seguintes bases de dados eletrônicas:

- CINAHL® Plus (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature) via EBSCO HOST da Ordem dos Enfermeiros

CINAHL® é a fonte de textos completos para periódicos científicos sobre enfermagem e saúde mais abrangente do mundo, fornecendo o texto completo de mais de 1.300 periódicos indexados no *CINAHL*. Este arquivo confiável contém o texto completo da maioria das revistas mais usadas no índice *CINAHL*. O *CINAHL®* é a ferramenta de pesquisa definitiva para todas as áreas da literatura sobre enfermagem e saúde em geral.

- Cochrane Central Register of Controlled Trials – via EBSCO HOST da Ordem dos Enfermeiros

Cochrane Controlled Trials Register é uma bibliografia de testes controlados identificados por colaboradores da Cochrane Collaboration e outras, como parte de um esforço internacional para pesquisar manualmente em periódicos científicos de todo o mundo e criar uma fonte idônea de dados para resenhas sistemáticas.

- CDSR (Cochrane Database of Systematic Reviews) – via EBSCO HOST da Ordem dos Enfermeiros

O *Cochrane Database of Systematic Reviews* contém artigos em texto completo e protocolos voltados para os efeitos de tratamentos de saúde. Os dados, extraídos da medicina baseada em evidências, são geralmente combinados com estatísticas (com meta-análise) para aumentar o potencial das descobertas de diversos estudos que, separadamente, são pequenos demais para gerar resultados confiáveis.

- MedicLatina(tm) – via EBSCO HOST da Ordem dos Enfermeiros

A *MedicLatina* é uma coleção exclusiva de periódicos científicos de pesquisa e investigação médica de renomadas editoras latino-americanas e espanholas. Esta base de dados em espanhol contém texto completo de 130 revistas médicas analisadas por especialistas em espanhol nativo.

- MEDLINE® (Literatura internacional em Ciências da saúde) – via EBSCO HOST da Ordem dos Enfermeiros

O *MEDLINE* oferece informações médicas reconhecidas sobre medicina, enfermagem, odontologia, veterinária, o sistema de saúde, ciências pré-clínicas e muito mais. O *MEDLINE Complete* utiliza a indexação MeSH (Títulos de assuntos médicos) com árvore, hierarquia em árvore, subtítulos e recursos de expansão para pesquisar citações em mais de 5.400 revistas biomédicas especializadas atuais. O *MEDLINE Complete* é a fonte mais abrangente do mundo de texto completo para periódicos médicos, fornecendo texto completo para mais de 1.800 periódicos indexados no MEDLINE. Desses, mais de 1.700

têm indexação de capa a capa no *MEDLINE*, e, desses, mais de 900 não são encontrados com texto completo em qualquer versão do *Academic Search, Health Source* ou *Biomedical Reference Collection*.

Para determinar os termos de pesquisa nas bases de dados estrangeiras recorreremos ao Medical Subject Headings (*MeSH Browser*)⁵ produzido pelo National Library of Medicine, cujo objetivo é normalizar a terminologia e facilitar a organização da informação e ao DeCS®.

Termos de pesquisa/Descritores MeSh® e DeCs® a serem utilizados na pesquisa

Termos da pergunta P.I.C.O	MeSH Terms	DeCs®
Cancro gástrico	Stomach Neoplasms Gastric Cancer	Neoplasias Gástricas Cáncer Gástrico
Tratamento cirúrgico	Surgical Procedures, operative Gastrectomy	Procedimientos Quirúrgicos Gastrectomía
Intervenções de enfermagem/ Programa de Intervenção de Enfermagem	Advanced Practice Nursing Intervention Studies Nursing Programs Education	Enfermería de Práctica Avanzada Studios de Intervención Enfermería Programa Educación

Frases Booleanas:

(Stomach Neoplasms OR gastric cancer) AND (Surgical Procedures, operative)

(Stomach Neoplasms OR gastric cancer) AND (Advanced Practice Nursing)

(Stomach Neoplasms OR gastric cancer) AND (Intervention Studies)

(Stomach Neoplasms OR gastric cancer) AND (Nursing)

(Gastrectomy And Nursing)

(Stomach Neoplasms OR gastric cancer) AND (Education Program)

(Stomach Neoplasms OR gastric cancer) AND (Nursing practice)

O método de seleção dos estudos terá em consideração os critérios definidos no protocolo e incluirá duas fases: uma pesquisa inicial será realizada com a análise das palavras contidas no título e resumo, e numa segunda fase iremos analisar os textos na íntegra. Pereira e Bachion (2006) recomendam a utilização de um instrumento de triagem que designam por Teste de Relevância que deve ser utilizado nestas duas fases.

⁵ <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MeSHonDemand.html>

Um Teste de Relevância I (preliminar) com o objetivo de refinar a seleção inicial dos artigos (através da leitura dos títulos e resumos) que serão analisados na íntegra. Posteriormente, os estudos selecionados no Teste de Relevância I passarão por um novo crivo – Teste de Relevância II (leitura na íntegra de todos os estudos identificados no Teste de Relevância I). A pesquisa nas bases de dados assim como a aplicação dos Testes de Relevância devem ser realizadas por dois pesquisadores de forma independente, no caso de desarmonia quanto à inclusão ou não de algum estudo, deverá ser consultado um terceiro pesquisador (Pereira e Bachion, 2006).

Os Testes de Relevância I e II devem ter uma estrutura semelhante, ou seja, devem ser compostos de uma lista clara de perguntas, que devem ser respondidas pelo avaliador de forma afirmativa ou negativa, quando qualquer pergunta tiver como resposta uma negação, o estudo deve ser excluído da revisão. No anexo I e II é possível consultar os dois Testes de Relevância a serem utilizados nesta pesquisa adaptado das recomendações de Pereira e Bachion, 2006.

Qualidade metodológica

Nesta fase ocorre a avaliação crítica, em que os revisores necessitam de avaliar o desenvolvimento de cada pesquisa, sua conduta e os resultados encontrados Karino e Felli (2012).

De acordo com Sampaio e Mancini (2007), “a qualidade de uma revisão sistemática depende da validade dos estudos incluídos nela” (p.87). É crucial que os investigadores considerem todas as possíveis fontes de erro que possam comprometer a relevância do estudo em análise.

Existe uma variedade de instrumentos/ferramentas disponíveis que auxiliam na avaliação dos estudos e permitem identificar fontes de viés (Sampaio & Mancini, 2007, Joanna Briggs Institute, 2014). Como diferentes desenhos de estudo usam diferentes abordagens e pressupostos, é importante usar a ferramenta de avaliação crítica adequada para o desenho do estudo e assim determinar a qualidade metodológica de um estudo.

Serão utilizados os instrumentos de avaliação da qualidade metodológica preconizados pelo Joanna Briggs Institute e adaptados por Araújo (2014), nomeadamente o instrumento JBI-MAStARi (estudos caso controle/coorte e estudos descritivos) para estudos quantitativos. O instrumento contempla uma lista de verificação com uma série de critérios que podem ser classificados como sendo atendidos, não atendidos ou pouco claros (Anexo III).

De acordo com Joanna Briggs Institute (2014), as decisões sobre a pontuação para inclusão de um estudo devem ser aferidas pelos pesquisadores antes da apreciação crítica. Assim, serão incluídos todos os estudos que apresentarem um elevado ou moderado nível de qualidade, sendo eliminados os que apresentarem um baixo nível de qualidade.

Método de extração de dados

A extração de dados refere-se ao processo de identificação dos detalhes relevantes dos estudos de investigação que serão incluídos na revisão sistemática. É importante a utilização de uma ferramenta padronizada para extração dos dados de forma a minimizar o risco de erro e para garantir que os mesmos dados são colhidos para cada estudo incluído. Recomenda-se, que os dois revisores extraiam os dados de forma independente (Joanna Briggs Institute, 2014).

Sampaio & Mancini (2007) e Karino & Felli (2012) referem que os dados podem ser apresentados em um quadro contendo as seguintes informações: título do trabalho, os autores, ano da publicação, contexto de realização, tipo de estudo, amostra/população, detalhes específicos sobre as intervenções e métodos, resultados, de importância para a questão de revisão, e principais conclusões.

Será utilizado um quadro (Anexo IV) para a extração dos dados tendo por base as orientações do Joanna Briggs Institute (2014) e adaptado por Araújo (2014).

Nas situações, em que os dados requeridos não estejam disponíveis tentaremos entrar em contacto via email, com os autores.

Síntese de dados

De acordo com Joanna Briggs Institute (2014) a síntese de dados pode ser descritiva (resumo descritivo) ou estatística (meta-análise). Uma meta-análise de dados é desejável, pois proporciona uma estimativa estatística da eficácia de uma intervenção / tratamento versus outra, para uma dada população.

Os dados serão sintetizados e agrupados se forem homogéneos.

Conflitos de interesse

Declaramos que não há conflitos de interesse

Referencias bibliográficas

- American Cancer Society. (2014). *Stomach Cancer*. American Cancer Society. Consultado em maio de 2015, em <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003141-pdf.pdf>
- Araújo, Denise. (2014). *O efeito da utilização da chupeta na prevenção do síndrome de morte súbita do lactente: Uma revisão sistemática da literatura com meta-análise*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado. Porto.
- Costa, M. F. (2014). *Dicionário de termos médicos*. Porto: Porto Editora.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 04 de setembro. (1996). *REPE: Regulamento do exercício profissional dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Diaz-Nieto, R., Orti-Rodríguez, R. & Winslet M. (2013). Post-surgical chemotherapy versus surgery alone for resectable gastric cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (9), DOI: 10.1002/14651858.CD008415.pub2.
- Internacional Agency for Research on Cancer. (2014). *Helicobacter pylori eradication as a strategy for preventing gastric cancer*. Lyon: Autor.
- Green, S., Higgins, J. PT., Alderson, P., Clarke, M., Mulrow, C. D. & Oxman, A. D. (2011). Introduction. In Higgins J. PT, Green S. (Eds). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. [s.l.]: The Cochrane Collaboration. Disponível em: <http://handbook.cochrane.org/>
- Greenberg, S.R., Daniels, S., Flanders, W. Eley, J., Boring, j. (2004). *Medical Epidemiology*. 4º Ed. United States of America: McGraw-Hill.
- [Http://community.cochrane.org/editorial-and-publishing-policy-resource/cochrane-database-systematic-reviews-cdsr](http://community.cochrane.org/editorial-and-publishing-policy-resource/cochrane-database-systematic-reviews-cdsr). Consultado a 15 de junho de 2015.
- [Http://www.nlm.nih.gov/mesh/MeSHonDemand.html](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MeSHonDemand.html). Consultado a 15 de junho de 2015.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Austrália: Autor.
- Karino, M. E. & Felli, V. E. A. (2012). Enfermagem baseada em evidências: Avanços e inovações em revisões sistemáticas. *Ciência em Cuidados de Saúde*, 11 (sup.), DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v10i5.17048.
- Laporte, A. G. et al. (abr./jun 2014). Análise epidemiológica dos adenocarcinomas gástricos ressecados em um serviço de cirurgia oncológica. *Revista da AMRIGS*, 58(2), 121-125.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE - versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / Ordem dos Enfermeiros*. (H. Castro, Trad.). Lisboa: Autor. (ICNP Version 2 - International Classification for nursing practice 2010, Genebra: Internacional Council of Nurses).
- Mello, B. S., Lucena, A. F., Echer, I. C. & Luzia, M. F. (2010). Patients with gastric cancer who have undergone gastrectomy: an integrated review. *Revista Gaucha De Enfermagem*, 31(4), 803-811.
- Mercer, D. W. & Robinson, E. K. (2010). Estômago. In C. M. Townsend, R. D. Beauchamp, B. M. Evers & Kenneth L. Mattox (Eds). *Sabiston Tratado de cirurgia: A base biológica da prática cirúrgica moderna* (A. M. M. et al., Trad.) (18ª ed.) (Vol. 2, pp.1149-1200). Rio de Janeiro: Elsevir Inc. (tradução do original inglês Sabiston textbook of surgery, 18th ed., 2008)
- Oliveira, M. A. & Parente, R. C. M. (jul 2010). Entendendo ensaios clínicos randomizados. *Brazilian Journal of Videoendoscopic Surgery*, 3 (4), pp. 176-180.

- Park, M. & Park, H. (dez 2010). Development of a nursing practice guideline for pre and post-operative care of gastric cancer patients. *Healthcare Informatics Research*, 16(4), 215-223. Consultado a 10 de maio de 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3092132/>.
- Pereira, A. L., Bachion, M. M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 27 (4). Consulta a 19 de junho de 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>
- Pfeifer, K. A. (2000). Cirurgia. In S. E. Otto (Ed.), *Enfermagem em Oncologia* (3ªed., pp. 529-556). Loures: Lusociência.
- Robalo, S. A. (jul/ago 2005). Doentes submetidos a gastrectomia por carcinoma gástrico. *Nursing*, (201), 38-43.
- Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (jan./fev. 2007). Estudos de revisão sistemática: Um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, pp. 83-89.
- Souza, R. F. de. (mai. 2005). O que é um estudo clínico randomizado? *Medicina Ribeirão Preto*, 42 (1), pp. 3-8.
- Yamamoto, M., Rashid, O. M. & Wong, J. (nov. 2015). Surgical management of gastric cancer: the east vs west perspective. *Journal Gastrointest Oncology*, 6(1), 79-88. Consulta: 10 maio. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2078-6891.2014.097>.

ANEXO I – Teste de relevância I:

Referência do Artigo:

Questões	Sim	Não
<p><u>1. O estudo aborda o tema de interesse para a investigação?</u></p> <p>➤ <i>Incluir:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Estudos que analisem intervenções de enfermagem/ programas de intervenção de enfermagem aplicadas no pré-operatório a doentes adultos com cancro gástrico submetidos a tratamento cirúrgico; <p>➤ <i>Excluir:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Estudos que se focalizem em Crianças (idade inferior a 18 anos) e cuja população alvo encontra-se em fase de cuidados paliativos;• Estudos em que a forma de tratamento não foi exclusivamente a intervenção cirúrgica, ou seja, estudos em os doentes foram submetidos, a quimioterapia e/ou radioterapia;• Estudos secundários, de opinião e comentários;		
<p><u>2. O estudo foi publicado no período selecionado/estipulado no protocolo da Revisão Sistemática da Literatura?</u></p> <p>➤ janeiro de 2005 e junho de 2015</p>		
<p><u>3. O estudo encontra-se publicado nos idiomas selecionados no protocolo da Revisão Sistemática da Literatura?</u></p> <p>➤ Português ➤ Espanhol ➤ Inglês</p>		
<p><u>4. O estudo envolve diretamente seres humanos?</u></p>		

ANEXO I | Teste de Relevância II

Referência do Artigo:

Questões	Sim	Não
<p><u>1. O estudo aborda o tema de interesse para a investigação?</u></p> <p>➤ <i>Incluir:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Estudos que analisem intervenções de enfermagem/ programas de intervenção de enfermagem aplicadas no pré-operatório a doentes adultos com cancro gástrico submetidos a tratamento cirúrgico;• Estudos cujos resultados, permitam avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem/ programa de intervenção de enfermagem na Recuperação pós-operatória; <p>➤ <i>Excluir:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Estudos que se focalizem em Crianças (idade inferior a 18 anos) e cuja população alvo encontra-se em fase de cuidados paliativos;• Estudos em que a forma de tratamento não foi exclusivamente a intervenção cirúrgica, ou seja, estudos em os doentes foram submetidos, a quimioterapia e/ou radioterapia;• Estudos secundários, de opinião e comentários;		
<p><u>2. O estudo foi publicado no período selecionado/estipulado no protocolo da Revisão Sistemática da Literatura?</u></p> <p>➤ janeiro de 2005 e junho de 2015</p>		
<p><u>3. O estudo encontra-se publicado nos idiomas selecionados no protocolo da Revisão Sistemática da Literatura?</u></p> <p>➤ Português ➤ Espanhol ➤ Inglês</p>		
<p><u>4. O estudo envolve diretamente seres humanos?</u></p>		

ANEXO III - Instrumentos de avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados ou pseudo-randomizados

Adaptado de "MAStARI critical appraisal tools Randomized Control / Pseudo-randomized Trial (Joanna Briggs Institute (2014))

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A criação dos grupos experimentais de tratamento é realmente aleatória?			
2	Os participantes nestes ensaios clínicos não têm conhecimento ("cegos") sobre a sua afetação durante o ensaio?			
3	A distribuição ou afetação a grupos de tratamento é ocultada do quadro de alocação / do alocador?			
4	Os resultados dos participantes que desistiram estão descritos e incluídos na análise?			
5	Foi vedado (mantido em segredo, ofuscado, escondido, ocultado) àqueles que avaliam os resultados, a administração do tratamento?			
6	É feito um controle e tratamento de grupos à entrada (homogeneidade)?			
7	Os grupos são tratados de forma idêntica com exceção daqueles que têm uma intervenção designada?			
8	Os resultados são medidos/analísados da mesma forma para todos os grupos?			
9	Os resultados foram medidos de forma fidedigna?			
10	A análise estatística utilizada foi apropriada.			
TOTAL				

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos caso controle/coorte

"MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies" (Joanna Briggs Institute adaptado por Araújo (2014))

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo).			
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença.			
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controles. OBS: Estudo de coorte			
4	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			
5	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.			
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente. OBS: Medida única (não longitudinal)			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. OBS: Através de taxas			
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.			
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.			
TOTAL				

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para Estudos Descritivos

"MAStARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies" (Joanna Briggs Institute adaptado por Araújo (2014))

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.			
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.			
3	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			
4	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.			
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.			
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.			
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.			
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.			
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.			
TOTAL				

SCORE	NÍVEL DE QUALIDADE
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído ()	Excluído ()	Necessário mais informações ()
--------------	--------------	---------------------------------

ANEXO IV – Instrumento para extração dos dados

Quadro para Extração dos Dados

Data da extração de dados	
Revisor	
Título	
Autor(es)	
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	
Orientação Metodológica (tipo de estudo)	
Objetivo do estudo	
Participantes	
Aspetos éticos	
Intervenção	
Testes Estatísticos	
Nível de Evidência JBI (2014)	
Principais resultados Encontrados	
Observações do Avaliador	

Apêndice II - Resultado da aplicação dos Testes de relevância I e II

Teste de relevância I

Referência do artigo (nome e data)		Questão 1 Tema de interesse		Questão 2 Período da publicação		Questão 3 Idioma		Questão 4 Envolve seres humanos		Reúne Critérios para Teste Relevância II	
		Sim	Não	Sim	Nã o	Sim	Nã o	Sim	Nã o	Sim	Não
1	Patients with gastric cancer who have undergone gastrectomy: an integrated review (2010)	x		x		x		x		x	
2	Feasibility and effects of a tai chi self-help education program for Korean gastric cancer survivors. (2010)		x	x		x		x			x
3	Proactive nurse management guidelines for managing intensive chemotherapy regimens in patients with advanced gastric cancer (2008)		x	x		x		x			x
4	Development of a 32-item scale to assess postoperative dysfunction after upper gastrointestinal cancer resection (2008)	x		x		x		x		x	
5	Nursing education as an intervention to decrease fatigue perception in oncology patients (2006)		x	x		x		x			x
6	Comparative epidemiology of gastric cancer between Japan and China (2011)		x	x		x		x			x
7	Reducing carcinogenic acetaldehyde exposure in the achlorhydric stomach with cysteine (2011)		x	x		x		x			x
8	Effect of individual nursing on psychological status of gastric cancer patients with chemotherapy (2013)		x	x		x		x			x
9	Impact of different types of gastrointestinal decompression in the gastrointestinal postoperative recovery of gastric cancer patients (2011)		x	x		x		x			x
10	Impact of whole course nursing intervention on quality of life in patients undergoing radical surgery for gastric cancer [Chinese] (2015)	x		x			x	x			x
11	Association between dairy intake and gastric cancer : a meta-analysis of observational studies (2014)		x	x		x		x			x
12	Population based Helicobacter pylori screening and eradication: advances versus side effects (2014)		x	x		x		x			x
13	Current evidence of effects of Helicobacter pylori eradication on prevention of gastric cancer (2013)		x	x		x		x			x
14	Acetaldehyde and gastric cancer (2011)		x	x		x		x			x
15	Effect of Helicobacter pylori eradication on incidence of gastric cancer in human and animal models:		x	x		x		x			x

	underlying biochemical and molecular events (2009)									
1 6	DPC in acute-phase inpatient hospital care. Visualization of amount of nursing care provided and accessibility to nursing care		x	x		x		x		x
1 7	Home chemotherapy experience of an elderly male gastric cancer patient (2009)		x	x		x		x		x
1 8	Case report: a gastrectomized patient under treatment with chemotherapy and radiotherapy (2008)		x	x		x		x		x
1 9	Development of the nursing information system based on the standardized nursing language system for gastric cancer patients (2006)	x		x		x		x		x
2 0	The Effect of Back Massage on Degree of Pain, State Anxiety and Quality of Sleep of Postoperative Patients with Gastrectomy [Korean] (2012)	x		x			x	x		x
2 1	Comparison between intravenous patient-controlled analgesia and subcutaneous morphine in patients after gastrectomy (2010)		x	x		x		x		x
2 2	Outcomes and complications after bariatric surgery (2012)		x	x		x		x		x
2 3	Modified hospital elder life program: effects on abdominal surgery patients (2011)	x		x		x		x		x
2 4	Evaluation of the completeness of the nursing process for patients having gastrectomy using electronic nursing records (2009)		x	x		x		x		x
2 5	Warfarin resistance after total gastrectomy and Roux-en-Y esophagojejunostomy (2008)		x	x		x		x		x
2 6	Case report: a gastrectomized patient under treatment with chemotherapy and radiotherapy (2008)		x	x		x		x		x
2 7	Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs (2009)	x		x		x		x		x
2 8	Canadian initiatives to prevent hypertension by reducing dietary sodium (2011)		x	x		x		x		x
2 9	General perioperative management of gastric cancer patients at high-volume centers (2011)	x		x		x		x		x
3 0	Surgeons' knowledge of quality indicators for gastric cancer surgery (2007)		x	x		x		x		x
3 1	Development of a nursing practice guideline for pre and post-operative care of gastric cancer patients (2010)	x		x		x		x		x

Teste de Relevância I	
Total de estudos	31
N.º Estudos Excluídos	N.º Estudos Incluídos para Teste de Relevância II
24	7

Teste de relevância II

Referência do artigo (nome e data)	Questão 1 Tema de interesse		Questão 2 Período da publicação		Questão 3 Idioma		Questão 4 Envolve seres humanos		Reúne Critérios para inclusão na RSL		
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
1	Patients with gastric cancer who have undergone gastrectomy: an integrated review (2010)		x	x			x		x		x
4	Development of a 32-item scale to assess postoperative dysfunction after upper gastrointestinal cancer resection (2008)		x	x			x		x		x
19	Development of the nursing information system based on the standardized nursing language system for gastric cancer patients (2006)		x	x			x		x		x
23	Modified hospital elder life program: effects on abdominal surgery patients (2011)	x		x			x		x		
27	Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs (2009)	x		x			x		x		
29	General perioperative management of gastric cancer patients at high-volume centers (2011)	x		x			x		x		
31	Development of a nursing practice guideline for pre and post-operative care of gastric cancer patients (2010)		x	x			x		x		

Teste de Relevância II	
N.º Estudos Excluídos	N.º Estudos Incluídos para a RSL
4	4

Apêndice III - Checklist da avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados ou pseudo-randomizados

Adaptado de "MAStARI critical appraisal tools Randomized Control / Pseudo-randomized Trial (Joanna Briggs Institute (2014))

Estudo nº 23- Modified Hospital Elder Life Program: Effects on Abdominal Surgery Patients

Critérios		Sim	Não	Não está claro
1	A criação dos grupos experimentais de tratamento é realmente aleatória?		x	
2	Os participantes nestes ensaios clínicos não têm conhecimento ("cegos") sobre a sua afetação durante o ensaio?			x
3	A distribuição ou afetação a grupos de tratamento é ocultada do quadro de alocação / do alocador?	x		
4	Os resultados dos participantes que desistiram estão descritos e incluídos na análise?		x	
5	Foi vedado (mantido em segredo, ofuscado, escondido, ocultado) àqueles que avaliam os resultados, a administração do tratamento?			x
6	É feito um controle e tratamento de grupos à entrada (homogeneidade)?	x		
7	Os grupos são tratados de forma idêntica com exceção daqueles que têm uma intervenção designada?	x		
8	Os resultados são medidos/analísados da mesma forma para todos os grupos?	x		
9	Os resultados foram medidos de forma fidedigna?	x		
10	A análise estatística utilizada foi apropriada.	x		
TOTAL		6 PONTOS		

SCORE	NÍVEL DE QUALIDADE
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-10	Alto

Avaliação Global

Incluído (x)	Excluído ()	Necessário mais informações ()
----------------	--------------	---------------------------------

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos caso controle/coorte

"MAStARI critical appraisal tools Comparable Cohort/Case Control Studies" (Joanna Briggs Institute adaptado por Araújo (2014))

Estudo nº 27- Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs (2009)

	Crítérios	Sim	Não	Não está claro
1	A amostra é representativa da população em estudo (como um todo).			X
2	Os participantes encontram-se num ponto similar no que respeita à sua condição/doença.	X		
3	Foi minimizado o viés em relação à seleção dos casos e dos controles. OBS: Estudo de coorte	X		
4	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.			X
5	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	X		
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente. OBS: Medida única (não longitudinal)	X*		
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise. OBS: Através de taxas	X		
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	X		
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	X		
TOTAL		7 PONTOS		

SCORE	NÍVEL DE QUALIDADE
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído (X)	Excluído ()	Necessário mais informações ()
----------------	--------------	---------------------------------

Nota: *Consideramos adequado/suficiente o período de acompanhamento dos participantes, uma vez que correspondem positivamente aos objetivos definidos para o estudo.

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para Estudos Descritivos

"MAStARI critical appraisal tools Descriptive/Case Series Studies" (Joanna Briggs Institute adaptado por Araújo (2014))

Estudo nº29 - General perioperative management of **gastric cancer** patients at high-volume centers (2011)

	Crítérios	Sim	Não	Não está claro
1	A amostra do estudo é aleatória ou pseudoaleatória.			x
2	Os critérios de inclusão na amostra são claramente definidos.	x		
3	Os fatores que podem enviesar o estudo são identificados e as estratégias para gerir esse viés são estabelecidas.		x	
4	Os resultados são avaliados através critérios objetivos.	x		
5	Se existe comparação entre grupos, os grupos são objetivamente descritos.			x
6	O acompanhamento dos participantes foi efetuado num período de tempo suficiente.			x
7	Os resultados dos participantes que desistiram estão incluídos e descritos na análise.			x
8	Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna.	x		
9	A análise estatística utilizada foi apropriada.	x		
TOTAL		4 PONTOS		

SCORE	NÍVEL DE QUALIDADE
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto

Avaliação global

Incluído (x)	Excluído ()	Necessário mais informações ()
----------------	--------------	---------------------------------

Notas:

Considerou-se a amostra os cirurgiões dos hospitais da Coreia e japão.

Apêndice IV - Extração dos dados dos artigos incluídos na RSL

Estudo nº 23- Modified Hospital Elder Life Program: Effects on
Abdominal Surgery Patients

Data da extração de dados	16/07/2015
Revisor	Noélia Pimenta Gomes
Título	Modified Hospital Elder Life Program: Effects on Abdominal Surgery Patients Programa de vida hospitalar modificado para idosos: Efeitos em pacientes submetidos a cirurgia abdominal
Autor(es)	Chen, C. C-H; Lin, M-T; Tien, Y-W; Yen, C-J; Huang, G-H; Inouye, SK.
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Taiwan (2011)
Orientação Metodológica (tipo de estudo)	Ensaio Clínico - Piloto (não randomizado).
Objetivo do estudo	Verificar o efeito do Modified Hospital Elder Life Program (HELP) nos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos abdominais.
Participantes	<p>Para este estudo, foram admitidos pacientes com idade igual ou superior a 65 anos. Os pacientes eram inscritos se cumprissem 2 critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agendada cirurgia abdominal eletiva e se fosse expectável que tivessem mais de 6 dias de internamento. <p>Os pacientes eram excluídos se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tivessem dificuldades de participação por défice sensorial ou afasia; ventilação mecânica invasiva; demência severa, coma ou estado crítico. <p>- 217 pacientes reuniam os critérios de inclusão, por razões diversas 28 não participaram: 6 pacientes não se sentiam bem; 4 a família recusou e 18 declinaram o consentimento. Total no início do estudo foi 189. Durante o estudo 7 morreram e 3 retiraram o consentimento, ou seja, 10 não completaram o estudo (5 do grupo de controlo e 5 do grupo experimental). Os pacientes foram selecionados entre agosto de 2007 e abril de 2009 num total de 179 (completaram o estudo) e foram submetidos a procedimentos cirúrgicos comum, tais como: gastrectomia, colecistectomia e cirurgia de Whipple (duodenopancreatectomia).</p>
Aspetos éticos	O programa foi aprovado por Research Ethics Reviews Committee of the Medical center.
Intervenção	<p>Os pacientes inscritos antes de maio de 2008, receberam cuidados usuais (do costume) e serviram como grupo de controlo (77), aqueles inscritos depois do programa HELP modificado constituíram o grupo experimental (102).</p> <p>A <u>intervenção (Programa HELP modificado)</u> consistia num protocolo diário de cuidados prestados no hospital, assim que regressavam da cirurgia e a intervenção terminava no momento da alta hospitalar, e incluía 3 protocolos chaves:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilização precoce (deambulação ou mobilização ativas, exercícios realizados 3 vezes ao dia); • Assistência nutricional (cuidados de higiene oral, escovagem dos dentes, controlo e educação nutricional e assistência na alimentação, se necessário);

	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades terapêuticas cognitivas (orientação na comunicação e simulação de atividades de conhecimento tais como discutir acontecimentos atuais ou jogos, 3 vezes dias). <p>As intervenções foram implementadas por uma enfermeira especializada em Enfermagem Cirúrgica em maio de 2008.</p> <p>As principais finalidades do programa foram verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mudanças no desempenho de atividades de vida diária; • Estado nutricional, e • Função cognitiva entre a admissão e alta. <p><u>Intervenção usual:</u></p> <p>Consistia nos cuidados habituais providenciados pelos médicos, enfermeiros e pessoal de apoio (dietista, fisioterapeutas....).</p>
Testes Estatísticos	“Statistical Analysis System” - SAS Software (version 9.2; SAS Institute Inc.) Avaliação foi realizada na admissão (período pré-operatório) e Pós-Operatório.
Nível de Evidência JBI (2014)	II. c
Principais resultados Encontrados	Independentemente do diagnóstico, comorbilidades, tipo de intervenção cirúrgica e duração da intervenção os pacientes do grupo HELP tiveram um declínio significativamente menos acentuado no desempenho das suas atividades diárias e estado nutricional relativamente ao grupo de controlo. A percentagem de doentes com delírio foi significativamente inferior no grupo HELP relativamente ao grupo de controlo.
Conclusões	As conclusões mais importantes deste estudo são: O programa HELP foi implementado com sucesso; o programa HELP reduziu grandemente/efetivamente o declínio funcional (atividades de vida diária e estado nutricional) e as percentagens de delírio pós-cirurgia no momento da alta nos pacientes idosos submetidos a grandes cirurgias abdominais por tumores malignos.
Observações do Avaliador	<p>O cancro gástrico foi o diagnóstico mais comum nos doentes que participaram neste estudo - 63 pacientes (34 do grupo experimental e 29 do grupo de controlo).</p> <p>Este programa verificou-se não ser dispendioso, mas requereu empenho e cooperação contínua e a liderança da enfermagem para conseguir cumprir com os protocolos.</p> <p>Os autores apontam algumas limitações do estudo:</p> <p>Não foi possível randomizar os pacientes nos grupos de estudo;</p> <p>A duração do estudo (cerca de 2 anos);</p> <p>A morte de 7 pacientes durante o desenvolvimento do estudo (...).</p>

Instrumentos utilizados nos resultados primários:

- O estado funcional foi medido usando o “Baethel Index” Chinês que mede a independência no desempenho.
- O estado nutricional foi medido pelo “Mini-Nutritional Assessment” Chinês
- A função cognitiva foi medida usando “Mimi-Mental State Examination” Chinês

Instrumentos utilizados nos resultados secundários:

- Sintomas depressivos foram avaliados através da escala “Geriatric Depression Scale Short Form” Chinês.

- A prensão foi avaliada em quilograma de pressão usando um dinamómetro manual (muitos fatores que afetam a prensão).
- O Peso corporal foi avaliado através de uma balança digital.
- O delírio foi medido através “Confusion Assessment Method”.

Estudo nº 27- Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs (2009)

Data da extração de dados	15/07/2015
Revisor	Noélia Pimenta Gomes
Título	Effectiveness of education for gastric cancer patients: a controlled prospective trial comparing interactive vs. lecture-based programs Eficácia da educação dos pacientes com cancro gástrico: Um estudo prospetivo controlado comparando programas interativos versus programa de informação básico
Autor(es)	Faller, H.; Koch, GF.; Reusch, A.; Pauli, P.; Allgayer, H.
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Alemanha (2009)
Orientação Metodológica (tipo de estudo)	Estudo prospetivo com ensaio clínico controlado.
Objetivo do estudo	Comparar o impacto de um programa interativo paciente- grupo orientado com um programa de exposição baseado apenas em informação entre pacientes com cancro gástrico.
Participantes	121 doentes em regime de internamento a participar em programas de reabilitação pós-cirúrgica ao cancro gástrico (gastrectomia). Programa interativo (61 pacientes) Programa de exposição baseado apenas em informação (60 pacientes). Os grupos foram alocados semanalmente, ou seja, grupo interativo numa semana, grupo de informação noutra semana. Os indivíduos não foram alocados aleatoriamente no grupo experimental e grupo de controlo. Os participantes foram recrutados entre abril 2003 e novembro 2005. Apenas 4 pacientes convidados decidiram não participar.
Aspetos éticos	Todos os participantes deram o seu consentimento informado por escrito. O projeto de estudo foi aprovado pelo Comité de Ética Institucional.
Intervenção	As intervenções tiveram um formato presencial em grupos entre 5 a 10 pacientes de acordo com o número de pacientes elegível em cada semana de recolha de dados. Ambos os programas tinham um carácter informativo e com a presença do mesmo “educador” – Diretor clínico do Departamento Cancer Aftercare. Os conteúdos dos programas incluíam informação sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Cancro gástrico, • Fatores de risco • Tratamento, particularmente, as intervenções cirúrgicas, • Funções gástricas • Disfunções pós-operatórias, • Medidas para lidar com os sintomas de dispepsia e • Estratégias para comer e beber com o objetivo de anular estes sintomas. O objetivo dos dois formatos das intervenções foi aumentar o conhecimento dos pacientes, a motivação para lidar ativamente com a condição/doença e as competências de autogestão.

	<p>O programa interativo consistiu em 3 horas de apresentação durante 3 dias enquanto o programa de exposição baseado apenas em informação cobriu apenas 1 hora de apresentação.</p> <p>Os pacientes de ambos os grupos receberam um folheto (booklet) de 15 páginas. A principal diferença entre os dois formatos foi a interação permitida quer entre os pacientes quer entre pacientes e educador.</p> <p>No grupo interativo os pacientes eram encorajados a colocar questões e à vez eram colocadas questões pelo educador de forma a promover uma compreensão mais aprofundada da informação apresentada. Os pacientes eram encorajados a fazerem “ligação” entre a informação prestada e suas situações pessoais, melhorando assim as competências adquiridas no dia-a-dia.</p>
Testes Estatísticos	<p>Análise de Covariância (ANCOVA).</p> <p>A avaliação foi realizada em 4 tempos diferentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Início da reabilitação, pós-cirurgia ao cancro gástrico, em regime de internamento; 2. No final da reabilitação, pós-cirurgia ao cancro gástrico, em regime de internamento; 3. 6 meses depois do fim da reabilitação, pós-cirurgia ao cancro gástrico; 4. 12 meses depois do fim da reabilitação, pós-cirurgia ao cancro gástrico;
Nível de Evidência JBI (2014)	III c
Principais resultados Encontrados	<p>Os resultados foram avaliados em termos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento dos pacientes em relação à sua condição/doença; • Como lidar ativamente com a doença (Coping) • Qualidade de vida, no fim da sua estadia (regime de internamento) e 6 e 12 meses depois. <p>Ambos os grupos melhoraram o seu conhecimento e a qualidade de vida durante a reabilitação. Contudo, o conhecimento foi substancialmente superior no grupo que recebeu programa interativo comparativamente ao que recebeu um programa de exposição baseado apenas em informação.</p> <p>Esta diferença manteve-se nos 6 e 12 meses de seguimento. No grupo que recebeu programa interativo no que toca ao lidar ativamente com a doença e qualidade de vida provou que lidou melhor no fim da reabilitação, mas não durante o seguimento (6 e 12 meses).</p>
Conclusões	<p>Um programa estruturado de educação interativa ao paciente com cancro gástrico, após tratamento cirúrgico, provou ser superior a um baseado apenas no fornecimento da informação, no que respeita ao conhecimento a curto e longo prazo (6 e 12 meses), tal como lidar com a doença (coping) e a qualidade de vida a curto prazo.</p> <p>Em pacientes com cancro gástrico a educação interativa parece ser preferível à programas de exposição baseado apenas em informação.</p>
Observações do Avaliador	<p>- Não está claro que a amostra é representativa da população em estudo, pois não sabemos o universo de doentes (todo).</p> <p><u>Os autores do estudo consideram como limitações:</u></p> <p>Pequena amostra.</p> <p>Percentagem de desistências durante o follow-up, foi superior, e foi observado que os pacientes com melhores marcadores de prognóstico eram os mais prováveis de permanecerem na amostra durante o follow-up.</p> <p>Não haver um grupo de controlo que não recebesse a reabilitação...</p>

Instrumentos de colheita de dados utilizados:

1. Foi utilizado um questionário com 16 questões de escolha múltiplas para avaliar o conhecimento específico sobre a doença (construído pelos autores).

2. Para avaliar como lidar ativamente com a doença (Coping) foi usado um questionário com 35 itens Freiburg Questionnaire of coping with illness (FGCI).

3. Para avaliar a qualidade de vida foi utilizado o Gastrointestinal Life Quality Index (GLQI), com 36 questões com 5 pontos por item.

Estudo nº29 - General perioperative management of **gastric cancer patients at high-volume centers (2011)**

Data da extração de dados	21/07/2015
Revisor	Noélia Pimenta Gomes
Título	General perioperative management of gastric cancer patients at high-volume centers Gestão geral peri operatória de pacientes com cancro gástrico em centros de alto volume
Autor(es)	Ahn , H. S. et al
Ano e Local onde foi desenvolvido o estudo	Coreia e Japão (2011)
Orientação Metodológica (tipo de estudo)	Estudo Descritivo/Comparativo
Objetivo do estudo	Comparar a gestão geral peri operatória dos doentes com cancro gástrico em centros de elevada afluência na Coreia e no Japão, contribuir para a melhoria dos resultados cirúrgicos e desenvolvimento de protocolos específicos.
Participantes	Médicos-cirurgiões de hospitais Coreanos e Japoneses.
Aspetos éticos	Os autores não fazem referência a este item.
Intervenção	Foi realizado um levantamento da gestão geral dos pacientes com cancro gástrico em centros de alto volume (mais de 200 casos / ano) e analisadas as respostas. Um breve questionário sobre a gestão perioperatória de pacientes com cancro gástrico foi enviado em 2007, via e-mail, para cirurgiões representativos em centros de alto volume coreanos e japoneses, onde mais de 200 operações foram realizadas por ano. O formulário de pesquisa incluiu 12 itens. Cada item foi analisado e comparado entre as instituições
Testes Estatísticos	Análise descritiva, SPSS versão 12.0 (SPSS, Chicago, IL, EUA) foi utilizada.
Nível de Evidência JBI (2014)	IV b
Principais resultados Encontrados	A avaliação pré-operatória foi realizada após a admissão em três hospitais, e em 11 hospitais foi feito antes da admissão. Em 3 hospitais (14/03), a profilaxia antimicrobiana para gastrectomia eletiva foi administrado durante 24 horas ou menos; em 5 hospitais foi administrado até o 2º dia pós-operatório e até 3º dia pós-operatório em seis. O antibiótico mais frequentemente administrado foi uma cefalosporina de segunda geração (n=8), seguido de uma cefalosporina de primeira geração (n=4) e uma cefalosporina de terceira geração (n=2). Para o controle da dor, foi utilizada a Analgesia Controlado pelo Paciente (PCA) por via intravenosa (n=9) ou por via epidural (n=5) até ao 2º ou 3º dia pós-operatório. Em cinco hospitais (14/05) os cirurgiões não inseriram um Levin tubo no pré-operatório (SNG). No entanto, em sete hospitais (7/14), o tubo foi inserido no pré-operatório e removido no 1º dia de pós-operatório (n=5) ou apenas após a cirurgia (n= 2). Cirurgiões nos outros dois hospitais (14/02) inseriram um tubo apenas nos pacientes com cancro gástrico avançado ou

	<p>obstrução.</p> <p>Em dez (10/14) hospitais foram inseridos um ou dois drenos abdominais de acordo com a extensão da ressecção ou de acordo com a técnica cirúrgica utilizada. Embora o tempo de remoção do dreno varia-se entre 2 a 6 dias, o mais frequente foi 3-4 dias após a cirurgia (n=7).</p> <p>Os testes laboratoriais, incluíram um hemograma completo, teste de função hepática, eletrólitos, ureia / creatinina, Proteína C reativa, e radiografia de tórax. Os exames laboratoriais, foram realizadas com frequência no pós-operatório dia: 1, 2, 3 e 5.</p> <p>5% ou 10% de soluções de dextrose foram infundidos em seis hospitais antes do início da dieta oral enquanto que em quatro hospitais, os pacientes receberam nutrição parenteral total periférica. Goles de água após a gastrectomia distal aberta foram reiniciados no 3º dia pós-operatório (n = 9) e 2º dia pós-operatório (n=3). Os inquiridos responderam que o dia da dieta por via oral foi retomada de forma diferente de acordo com a abordagem cirúrgica (aberta ou laparoscópica) e/ou extensão da ressecção.</p> <p>Os pacientes que foram submetidos a gastrectomia subtotal tiveram alta no 6º ou 7º dia pós-operatório (n=7), 8º ou 9º (n=4), 10º ou 11º (n=2), ou 5º (n=1). Em três hospitais, os pacientes submetidos à gastrectomia total tiveram alta 1-3 dias mais tarde do que os pacientes que foram submetidos a gastrectomia subtotal.</p> <p>Doze hospitais forneciam um programa de educação regular ao paciente e em nove hospitais os pacientes tiveram um aconselhamento nutricional e sistema de apoio.</p> <p>Quatro hospitais tinham programas de grupo-educacional e os outros dez hospitais pareciam ter apenas programas individuais. Apenas um hospital forneceu um programa de educação integrada, que contou com a participação de um cirurgião, um médico oncologista, uma enfermeira, e um nutricionista.</p>
<p>Conclusões</p>	<p>A gestão geral do cancro gástrico em 14 centros de alto volume não era tão diferente entre os hospitais. Apenas o tempo de internamento hospitalar e o tempo necessário para a obtenção de relatórios de patologia cirúrgica foram relativamente mais longos nos hospitais japoneses que nos Hospitais coreanos.</p> <p>As informações obtidas no presente estudo sobre a gestão peri operatória dos pacientes com cancro gástrico submetido a intervenção cirúrgica pode ajudar a estabelecer protocolos e consequentemente melhorar os resultados cirúrgicos.</p>
<p>Observações do Avaliador</p>	<p>Embora este estudo tenha sido realizado por cirurgiões, algumas das intervenções abordadas também têm a participação dos enfermeiros, ou seja, são intervenções interdependentes nomeadamente na introdução/manutenção da SNG, na capacitação do doente para o auto controlo da dor, início da dieta e intervenções inerentes ao início da alimentação, manutenção/remoção dos drenos abdominais, programa de educação, razão pela qual os revisores decidiram incluir este estudo na RSL.</p> <p>NOTA: Foi tentado entrar em contacto com os autores do artigo através de email, para obter dados sobre os aspetos éticos tidos em conta (ou não) no estudo, mas sem êxito.</p>

O instrumento de Colheita de dados utilizado foi um questionário.

Apêndice V - Email enviado aos participantes a solicitar a participação no estudo

Boa tarde caro (a) colega.

Chamo-me Noélia Pimenta, sou doutoranda em Enfermagem na Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Envio-lhe este email no sentido de solicitar a sua participação, como perito, no estudo que encontro-me a desenvolver intitulado: Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da alimentação.

Através do Link que se segue tem acesso à carta de informação, sobre o estudo, onde está descrito de forma sucinta o trabalho que encontro-me a desenvolver. Se aceitar participar deve dar o seu consentimento e preencher o questionário disponibilizado até o dia

Desde já agradeço a sua colaboração nesta investigação.

P.S. O seu contacto foi-me cedido pelo

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeqoiWncjWrUO9eRweVklG2wfTXPNBFm6t-QKoyE42ElmGpPA/viewform?usp=sf_link

**Apêndice VI - Carta de informação ao
Participante e Consentimento informado
(Técnica de Delphi)**

Projeto de Doutoramento

Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica:
Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da
alimentação

Autora: Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Orientadora

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora

Professora Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

abril, de 2017

Carta de informação ao participante

Chamo-me Noélia Pimenta, sou Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, e no âmbito do programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem encontro-me a desenvolver uma investigação cujo tema é: **Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da alimentação.**

Este estudo tem como objetivo geral desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, cuja finalidade consiste em: de dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja promotora da autogestão da alimentação/sintomas digestivos, o qual contribua para a otimização da assistência enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica.

Questão de partida: Quais as intervenções de enfermagem que são promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico?

Optamos pelo desenvolvimento de um programa dirigido à autogestão da alimentação/sintomas digestivos, uma vez que, da pesquisa efetuada, a componente alimentar é uma das mais afetadas após a cirurgia gástrica. A retirada total ou parcial do estômago resulta em consequências nutricionais inevitáveis, as quais podem ser atenuadas.

Segundo Papini-berto e Burini (2001), Robalo (2005) e Andreollo, Lopez e Neto (2011) a cirurgia gástrica é considerada um procedimento de alto nível de complexidade, pela importância das funções mecânicas e químicas do estômago no trato digestivo, pelo que são esperadas consequências nutricionais após a cirurgia. Assim, é mandatário dar atenção a esta componente, o que na prática nem sempre verifica, permitindo a instalação ou agravamento da desnutrição iatrogénica. Também, é necessário ajudar a pessoa a se adaptar à nova situação, das quais a mais significativa é a alteração dos hábitos alimentares.

Para a consecução da proposta de programa de intervenção, numa fase preliminar realizámos uma revisão sistemática da literatura, a qual nos possibilitou identificar intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico e delimitar o foco do nosso estudo, e uma revisão integrativa da literatura que nos permitiu elencar as intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Nesta fase do estudo, utilizaremos a Técnica de Delphi. Esta técnica permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado fenómeno. As principais características que distinguem esta técnica são: o anonimato das respostas, feedback das respostas de grupo e representação estatística das respostas do grupo (Wright & Giovinazzo, 2000; Portney & Watkins, 2009; Polit & Beck, 2010).

Os participantes deste estudo, tal como defendem os autores são profissionais peritos na área onde o estudo está a ser desenvolvido, pelo que serão enfermeiros que desempenham funções em unidades de cirurgia gástrica, com experiência igual ou superior a 5 anos, pertencentes aos Serviços Regionais de Saúde da Madeira e Açores e ao Serviço Nacional de Saúde. Inclui, igualmente, docentes de Enfermagem das Instituições de Ensino de Enfermagem portuguesas com experiência na lecionação das temáticas relacionadas com o doente com cancro gástrico submetido a intervenção cirúrgica e investigadores na área.

Assim, atendendo à sua experiência e perícia na área em estudo a sua participação será de extrema importância para que o objetivo desta investigação seja concretizado.

O modo de participação será através da resposta aos questionários disponibilizados on-line. Um questionário de caracterização dos peritos e um questionário constituído por questões fechadas, face às quais cada participante se posicionará consoante o seu grau de concordância (validação das intervenções de enfermagem para a obtenção de consensos) e por questões abertas de forma a possibilitar a que os participantes acrescentem as sugestões que considerem relevantes no âmbito das intervenções de enfermagem.

É de salientar que na técnica de Delphi cada participante individualmente responde às questões colocadas através de um questionário (1ª ronda). Após a aplicação deste 1º questionário as respostas são analisadas pelo investigador que emite um relatório síntese. Na sequência deste, os membros do grupo têm acesso ao relatório para que os resultados possam ser considerados. Na 2ª ronda de aplicação dos questionários os peritos podem rever a sua posição ou reafirmar a sua opinião. Este processo continua até que todos os participantes cheguem a um consenso.

Uma das grandes vantagens deste método é permitir o desenvolvimento de um projeto/programa, por pessoas que não se conhecem e sem terem de apresentar a sua posição uns aos outros, além de que é uma técnica que permite a sinergia de forças, no que se refere ao conhecimento e experiência de modo a encontrar o consenso e amplificar a validade do estudo (Wright & Giovinazzo, 2000).

De forma a garantir o anonimato dos participantes não será colocado o seu nome nos questionários e tratamentos dos dados. O facto de participar neste estudo não lhe trará qualquer risco, inconveniente ou encargos, será apenas pedido algum do seu tempo para responder às questões colocadas.

Neste sentido, venho pedir a vossa colaboração e disponibilidade, como perito na área em estudo, para participar no estudo, que desde já agradeço.

Noélia Pimenta Gomes npimenta@esesjcluny.pt noeliapimenta@gmail.com

Consentimento Informado

Declaro que fui devidamente informado/ informada do objetivo e finalidades da minha participação neste trabalho efetuado pela Prof. Noélia Pimenta, docente da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny e aceito de livre vontade nele participar, podendo desistir a qualquer momento.

(Assinatura do Participante)

Apêndice VII - Questionário da 1ª Ronda Delphi

Projeto de Doutoramento

Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da alimentação

Autora: Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Orientadora

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora

Professora Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

abril, de 2017

Cara(o) Colega,

Obrigada, desde já, pela sua colaboração nesta investigação.

Relembro que este estudo tem como objetivo geral desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Temos como finalidade dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja promotora da autogestão do regime dietético, o qual contribua para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica.

De modo a atingir este objetivo e finalidade é necessário construir um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/ sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. Assim, a questão de investigação que norteia esta primeira fase do percurso da técnica de Delphi é: Quais as intervenções de enfermagem que são promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico?

Nesta primeira ronda temos como objetivos:

- Conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, previamente identificadas na revisão de literatura. Outro objetivo desta primeira ronda consiste em saber se, de acordo com a opinião, conhecimento e experiência dos peritos, há necessidade de incluir outras intervenções de enfermagem, que não tenham sido propostas anteriormente.

De forma a atingir estes objetivos concebemos este primeiro questionário constituído por duas partes: uma primeira parte onde solicitamos uma breve caracterização dos peritos, e uma segunda parte que solicita o nível de concordância com cada uma das afirmações/intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Da análise efetuada aos resultados obtidos com a revisão de literatura, organizámos as intervenções de enfermagem em dois momentos distintos: período pré-operatório e período pós-operatório.

Elaboramos o questionário, utilizando a ferramenta de criação de formulários disponível no Google Documents® (Google Docs®).

GLOSSÁRIO

Cancro gástrico - É um cancro que tem origem no estômago e desenvolve-se a partir das células que formam o revestimento interior do estômago – mucosa. Cerca de 90% a 95% são adenocarcinomas (Mercer & Robinson, 2010, American Cancer Society, 2014).

Tratamento cirúrgico – É um tipo de tratamento especialmente realizado por métodos cirúrgicos (Costa, 2014).

Intervenção de Enfermagem – É uma “ação tomada em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a produzir um resultado de Enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.17). São cuidados de enfermagem realizados pelos enfermeiros no âmbito das suas qualificações profissionais. As intervenções podem ser autónomas ou interdependentes (Decreto-Lei n. 9161/96 de 4 de setembro).

Autogestão - Na área da saúde, a autogestão refere-se à capacidade do indivíduo para controlar os sintomas, tratamento, consequências físicas e psicossociais da doença (Barlow et al citado por Omisakin e Ncama, 2011). A autogestão eficaz engloba a capacidade de monitorizar a própria condição de forma a atingir respostas emocionais, cognitivas e comportamentais necessárias para manter uma qualidade de vida satisfatória.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- O preenchimento do questionário não levará mais do que 25 minutos
- Não existem opções corretas ou erradas, pois o fundamental é conhecer a opinião de cada um dos peritos sobre cada item apresentado.
- Para a obtenção dos consensos (validação das intervenções de enfermagem) o questionário apresenta questões fechadas e questões abertas, de forma a possibilitar que os participantes acrescentem alguma sugestão que considerem relevante no âmbito das intervenções de enfermagem.
- Nas questões fechadas torna-se necessário assinalar o seu nível de concordância em relação às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos. Utilizamos uma escala de Likert, com cinco níveis -

scores de 1 a 5 (1=*discordo muito*; 2=*discordo*; 3= *nem concordo, nem discordo* 4=*concordo*; 5= *concordo muito*).

- No final do questionário deixámos um espaço para que os participantes possam colocar os seus comentários e acrescentar outras intervenções não contempladas no questionário, que considerem relevantes.
- As respostas serão posteriormente analisadas pelo investigador que emite um relatório síntese. Na sequência deste, os membros do grupo terão acesso ao relatório para que os resultados possam ser considerados. Na 2ª ronda de aplicação dos questionários os peritos poderão rever a sua posição ou acrescentar informação complementar.

1ª Parte do Questionário: Variáveis Sociodemográficas/Variáveis de caracterização

1 – Género:

Masculino

Feminino

2 – Idade: _____

3- Zona geográfica onde exerce a sua atividade _____

4- Local onde exerce a sua atividade- _____

5- Categoria profissional

Enfermeiro

Enfermeiro especialista

Enfermeiro Chefe

Assistente

Professor Adjunto

Professor Coordenador

Outro _____

Se especialista, especifique a área de especialidade: _____

6- Habilitações Académicas

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Outra _____

Especifique a área do grau académico.

7- Experiência profissional na área em estudo (doente com cancro gástrico submetido a cirurgia)

Anos e meses _____

8- Já realizou alguma investigação na área em estudo

Sim

Não

Se sim, especifique a área de investigação.

2ª Parte do Questionário: Intervenções de enfermagem promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

Nesta segunda parte do questionário surge uma sequência de intervenções de enfermagem, que de acordo com a escala seguinte, solicitamos o seu grau de concordância para cada uma das intervenções apresentadas.

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pré-operatório

1- Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

2- Determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatórios.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3- Identificar o status gastrointestinal antes da cirurgia (história dietética do doente):

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3.1. Determinar que mudanças ocorreram nos hábitos alimentares (apetite, náuseas e vômitos, dor...).

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3.2. Determinar se o doente tolera uma dieta completa ou se tem intolerância alimentar.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3.3. Determinar quais os alimentos preferidos e não preferidos (restrições alimentares religiosas ou outras).

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3.4. Determinar se o doente perdeu peso.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3.5. Se perdeu, determinar quanto e em quanto tempo.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

4. Identificar história de tabagismo ou alcoolismo.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

5. Identificar as capacidades/competências individual e familiar para o autocuidado e autogestão da situação.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

6. Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e apoio social.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

7. Avaliar peso e altura do doente.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

8. Avaliar/Rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

9. Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

10. Explicar ao doente os procedimentos pré e pós-operatórios:

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

10.1. Explicar ao doente a necessidade de colocação da SNG

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

10.2. Explicar ao doente a necessidades de líquidos E.V

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

10.3. Explicar ao doente a necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

10.4. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições)

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato

11. Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (Ex: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional)

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

12. Promover cuidados de higiene oral

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

13. Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

14. Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

15. Iniciar a introdução dos alimentos em pequenas porções gradualmente;

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

15.1 Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos (de acordo com a tolerância);

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

15.2 Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

16. Vigiar sinais de saciedade precoce e regurgitação

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

17. Vigiar sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

18. Vigiar peso

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

19. Elaborar um plano alimentar individualizado (elaborado em complementaridade)

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

20. Administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais).

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

21. Administrar vitamina B12 (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total).

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa

22. Reavaliar a capacidade do doente para participar no seu autocuidado/autogestão.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

23. Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de dumping...)

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

24. Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (ex: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...)

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

25. Informar o doente que os sintomas tendem a desaparecer após alguns meses

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

26. Ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida: comer fora/lugares públicos, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27. Ensinar o doente a realizar a sua gestão nutricional:

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----27.1.

Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27.2. Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos em cada refeição, de acordo com a sua tolerância

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27.3. Evitar os líquidos na hora das refeições (podem ser ingeridos até 1 hora antes ou depois)

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27.4. Orientar sobre os métodos de preparação e cozedura dos alimentos

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27.5. Orientar para evitar a sacarose e glicose e que a gordura pode ser dada conforme tolerada

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27.6. Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27.7. Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

27.8. Orientar que os antiespasmódicos, também podem ajudar no atraso do esvaziamento gástrico

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

28. Ensinar o doente para posicionar-se em semi-fowler durante as refeições.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

29. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 min.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

30. Orientar/solicitar a colaboração da nutricionista aquando a alta

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

31. Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

32. Educar o doente para monitorizar o peso regularmente (p.ex. semanalmente)

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

33. Providenciar instruções por escrito (folheto, panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Comentários/sugestões de outras intervenções de enfermagem que não tenham sido propostas anteriormente e que considere relevantes.

Muito obrigado pela vossa colaboração. Após a colheita dos dados iremos analisar os mesmos, os quais ser-lhe-ão em breve fornecidos.

Apêndice VIII - Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem

Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pré-operatório

Intervenções de enfermagem	Comentários/sugestões
Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia. (8 comentários/sugestões)	1. "Para uma maior aceitação da doença".
	2. "Muitas vezes, a nossa intervenção junto do doente e família é determinada/condicionada pela informação médica fornecida".
	3. "Dois conceitos a ter em conta: nível de literacia e grau de ativação".
	4. "Muitas vezes cliente e família estão em negação".
	5. "Por vezes, na altura da admissão do doente, é notório o desconhecimento do doente acerca do procedimento cirúrgico a que vai ser submetido, e nomeadamente o motivo pelo qual terá de ser intervencionado".
	6. "Julgo que o conhecimento da cirurgia e consentimento informado, influência o doente e a família e prepara-os emocionalmente e fisicamente para as possíveis complicações do pós-operatório".
	7. "O conhecimento do doente é fundamental para que eles nos ajudem pois também são parte integrante do processo de doença e das decisões em questão. Isto já para não falar que para tomarem decisões em consciência têm que ser portadores de toda a informação assinando assim ou não por direito o consentimento informado".
	8. "O esclarecimento adequado sobre a necessidade da intervenção cirúrgica e suas implicações é um fator determinante para a aceitação do status pós-cirurgia e a família é, na sua maioria, o grande apoio do utente na vivência desta situação".
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm justificar/reforçar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pré-operatório.	
Determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatórios. (5 comentários/sugestões)	1. "Com a finalidade de não aumentar o grau de ansiedade".
	2. "O desconhecimento gera medo, e ao esclarecermos os doentes acerca dos procedimentos habituais isso irá evitar alguma ansiedade do doente".
	3. "Nem sempre a equipe de enfermagem tem conhecimento antecipado da cirurgia (por exemplo: sabemos na sexta-feira que utente vai ser operado na segunda-feira seguinte)".
	4. "Saber a informação que eles possuem é importante para os esclarecimentos das dúvidas que ainda possam ter e adequar a informação fornecida".

Intervenções de enfermagem	Comentários/sugestões
	5. “Se o doente estiver devidamente informado a sua aceitação da necessidade da cirurgia e suas implicações será mais positiva”.
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm justificar/reforçar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pré-operatório. O comentário nº3 revela alguma limitação em colocar em prática esta intervenção.	
Identificar histórias de tabagismo e alcoolismo (5comentários/sugestões)	1. “Poderá ser fator de risco”.
	2. “Outros hábitos”.
	3. “Enquanto comportamento de risco”.
	4. “Nos doentes do nosso serviço existe avaliação nestes dois pontos”.
	5. “É importante conhecer hábitos nocivos do doente para uma preparação pré-operatória e pós-operatória adequada. Serão hábitos que irão influenciar a sua recuperação e que o utente necessitará abolir para uma recuperação favorável”.
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos ser explicativas da pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem no período pré-operatório.	

Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pós-operatório imediato/mediato

Intervenções de enfermagem	Comentários/sugestões
Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (Ex: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional). (3 comentários/sugestões)	1. “Distensão abdominal”.
	2. “É fundamental a vigilância de sinais e sintomas indicativos de complicações relacionadas com a cirurgia”.
	3. “É importante despistar possíveis complicações pós-operatórias”.
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório imediato/mediato.	
Promover cuidados de higiene oral (3 comentários/sugestões).	1. “Para maior conforto”.
	2. “Intervenção transversal a qualquer doente”.
	3. “Habitualmente doentes submetido a tratamentos como quimioterapia ficam com alterações de paladar e boca muito seca e sentem necessidade de bochechar antes das refeições ou durante e desta forma aliviar essa sensação, isso revela tratamento personalizado”.
Os comentários/sugestões apresentadas pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar/explicar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório imediato/mediato.	

Intervenções de enfermagem	Comentários/sugestões
Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida (1 comentários/sugestões)	1. "Para prevenir outras complicações".
O comentário/sugestão apresentado, da análise efetuada, entendemos ser de natureza explicativa reforçando a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório imediato/mediato.	
Vigiar sinais de saciedade precoce e regurgitação (2 comentários/sugestões)	1. "Para eventual necessidade de diminuir as porções alimentares". 2. "Vigiar, ainda, sinais e sintomas da síndrome de Dumping".
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório imediato/mediato.	
Vigiar sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral (1 comentário/sugestão)	1. "Pouco provável que seja a alimentação a responsável pela deiscência, o excesso de fluidoterapia e o status inflamatório são os mais importantes".
O comentário apresentado, da análise efetuada, entendemos ser uma constatação, não eliminando a possibilidade da deiscência da anastomose ser devida à reintrodução dos líquidos por via oral.	
Vigiar o peso (3 comentários/sugestões)	1. "Para avaliar ganhos e motivar cliente". 2. "A ponderar com a quantidade de fluidoterapia em curso". 3. "Penso ser mais pertinente em regime ambulatorio se pós-operatório for linear".
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório.	
Administrar vitamina B12 (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total) (13 comentários/sugestões).	1. "Prescrição/decisão/indicação médica – 5 respostas". 2. "Pode "mascarar" possíveis hemorragias". 3. "Depende da avaliação". 4. "Na minha opinião deve-se primeiramente, colmatar a falta de vitB12 com alimentação". 5. "No domicílio". 6. "Não é usual no serviço". 7. "É administrado SC na minha experiência". 8. "A via de administração pode ser opcional". 9. "À semelhança da intervenção anterior, a administração de vitamina B12 não é uma intervenção autónoma de enfermagem".
O item em análise foi considerado na categoria daqueles que não revelam consenso para inclusão ou para a exclusão (não apresenta percentagem superior a 75.0% nas alternativas "Concordo" e Concordo muito") e da análise realizada aos comentários entendemos que os mesmos não contribuem/ajudam a clarificar/modificar a intervenção, assim será proposta novamente para uma 2ª ronda da técnica de Delphi.	

Análise dos comentários/sugestões das intervenções de enfermagem no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa

Intervenções de Enfermagem	Comentários/sugestões
Reavaliar a capacidade do doente para participar no seu autocuidado/autogestão. (2 comentários/sugestões).	1. “Reavaliar o grau de dependência e aceitação da doença”. 2. “Avaliar a capacidade que inclui a cognição, disponibilidade para aprender e consciencialização face à mudança no seu dia-a-dia”.
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar/explicar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa.	
Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de dumping...) (3 comentários/sugestões)	1. “Se estiver devidamente informado será capaz de ultrapassar mais facilmente as dificuldades”. 2. “Síndrome de ansa cega, etc.”. 3. “É um sintoma muito frequente”.
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar/explicar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa.	
Informar o doente que os sintomas tendem a desaparecer após meses. (2 comentários/sugestões).	1. “Diminui ansiedade”. 2. “É uma forma de acalmar o doente”.
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar/explicar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa.	
Ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida: comer fora/lugares público, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho. (2 comentários/sugestões)	1. “O doente submetido a G. total ou subtotal não tem que mudar necessariamente de hábitos sociais, e muitos nem aceitam (ex: deixar de fumar...ingerir bebidas alcoólicas socialmente), é importante que o doente tenha consciência do que lhe é prejudicial a fim de evitá-lo ou então minimizar os efeitos nocivos”. 2. “Por vezes esses aspetos ficam um pouco esquecidos nos ensinamentos de preparar a alta”,
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar/explicar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa.	
Orientar que os antiespasmódicos, também podem ajudar no atraso do esvaziamento gástrico (1 comentário/sugestão).	1. “A abordagem do aumento da quantidade de alimentos deve ser com precaução devido ao dumping, nos primeiros 6 meses”.

Intervenções de Enfermagem	Comentários/sugestões
<p>Este item foi considerado na categoria daqueles que não revelam consenso para inclusão ou para a exclusão (não apresenta percentagem superior a 75.0% nas alternativas “Concordo” e Concordo muito”).</p> <p>O comentário/sugestão apresentado não se encontra em concordância com o item em análise, pelo que não contribui/ajuda a clarificar/modificar a intervenção, assim será proposta novamente para uma 2ª ronda da técnica de Delphi.</p>	
<p>Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 minutos. (9 comentários/sugestões).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Dependendo do que se pretende. Esta intervenção faz sentido se para prevenir a síndrome de dumping. Porém, se for para prevenir regurgitação ou refluxo gastroesofágico deverá de ser o DLD, devendo o utente e família serem informados desta situação”. 2. “Na minha prática, considero ser mais favorável manter a posição de sentado e se possível deambular pelo menos 5-10 min”. 3. “Deambular após a refeição ou ficar sentado (3respostas)”. 4. “Orientar para deambular 30 minutos após as refeições”. 5. “Após a refeição a posição de sentado ou semi-fowler 20 a 30”. 6. “Na minha opinião deve manter o semi-fowler”. 7. “Se tolerar”
<p>Este item foi considerado na categoria daqueles que não revelam consenso para inclusão ou para a exclusão (não apresenta percentagem superior a 75.0% nas alternativas “Concordo” e Concordo muito”).</p> <p>Os comentários/sugestões apresentados são disparos, no nosso entender não contribuem/ajudam a clarificar/modificar a intervenção, assim será proposta novamente para uma 2ª ronda da técnica de Delphi.</p>	
<p>Orientar/solicitar a colaboração da nutricionista aquando a alta. (7 comentários/sugestões).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “A colaboração deste profissional deverá ser aquando da admissão do doente/pré-operatório” (5 respostas). 2. “Esta colaboração deve-se iniciar-se na admissão do doente e não na alta. Infelizmente, verifico na prática, nem todos dos doentes são avaliados pela dietista (os enfermeiros só podem solicitar apoio das dietistas e não das nutricionistas, e muitas vezes, o médico recusa a sugestão)”. 3. “Fundamental”.
<p>Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que esta colaboração já está contemplada nas intervenções propostas para o período pré-operatório. No pós-operatório a nossa intenção é reforçar a ideia de que os doentes não devem ter alta sem primeiro estar garantida a colaboração deste profissional na continuidade dos cuidados.</p>	
<p>Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. “Haverá sempre dúvidas” 2.” Fundamental”

Intervenções de Enfermagem	Comentários/sugestões
(3 comentários/sugestões).	3. “Porém, considero que muitos doentes não têm esse acompanhamento após a cirurgia, a não ser que surja alguma complicação e os mesmos procurem auxílio”.
Os comentários/sugestões apresentados pelos respondentes, da análise efetuada, entendemos que vêm reforçar/justificar/explicar a pertinência da inclusão desta intervenção de enfermagem a ser implementada no período pós-operatório – preparação para o regresso a casa.	
Providenciar instruções por escrito (folheto, panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos. (1 comentário/sugestão).	1. “Neste momento, não é entregue qualquer panfleto ao doente. A informação é oral ou então no relatório”.
O comentário apresentado, da análise efetuada, entendemos ser uma constatação da experiência pessoal de um perito.	

Apêndice IX - Questionário da 2ª Ronda Delphi

Projeto de Doutoramento

Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da alimentação

Autora: Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Orientadora

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora

Professora Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

abril, de 2018

Cara(o) Colega,

Obrigado pela sua participação na primeira ronda da técnica de Delphi. De forma sintética passo a apresentar os resultados de grupo, obtidos na primeira ronda, para que todos os peritos fiquem a conhecer a representação estatística dos resultados. Das 53 intervenções de enfermagem apresentadas 48 questões, decorrente da análise das respostas do primeiro questionário, obtiveram percentagem de respostas superiores a 75.0% nas alternativas 4 e 5, correspondentes, respetivamente, ao “Concordo” e ao “Concordo muito”, atendendo aos critérios pré-definidos, conclui-se que reúnem os critérios de inclusão. As restantes cinco questões não apresentam consenso para inclusão nem para exclusão pois de acordo com os critérios pré-definidos situam-se nos sem consenso.

Relembro que este estudo tem como objetivo geral desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. A questão de investigação que orientou esta segunda fase do percurso da técnica de Delphi foi a mesma da primeira fase: Quais as intervenções de enfermagem indicadas, para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos?

Nesta segunda ronda temos como objetivos específicos: Conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, que não obtiveram consenso na primeira ronda; conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às modificações realizadas nas intervenções, nas quais obtivemos consenso, tendo por base os comentários/sugestões dos peritos participantes; conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às propostas de outras intervenções de enfermagem que emergiram das sugestões obtidas na primeira ronda.

De forma a atingir estes objetivos, foi concebido o segundo questionário, constituído por duas partes: a primeira parte refere-se aos dados de caracterização e a segunda solicita o nível de concordância face a cada uma das intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. À semelhança do primeiro questionário, as intervenções de enfermagem foram organizadas em dois momentos distintos: período pré-operatório e pós-operatório.

Elaboramos o questionário, utilizando a ferramenta de criação de formulários disponível no Google Documents® (Google Docs®)

Cumprimentos e bom trabalho,

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- O preenchimento do questionário não levará mais do que 10 minutos
- Não existem opções corretas ou erradas, pois o fundamental é conhecer a opinião de cada um dos peritos sobre cada item apresentado.
- Para a obtenção dos consensos o questionário apresenta questões fechadas e questões abertas, de forma a possibilitar que os participantes acrescentem alguma sugestão que considerem relevante no âmbito das intervenções de enfermagem.
- Nas questões fechadas torna-se necessário assinalar o seu nível de concordância em relação às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos. Utilizamos uma escala de Likert, com cinco níveis - scores de 1 a 5 (*1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito*).
- No final do questionário deixámos um espaço para que os participantes possam colocar os seus comentários.

1ª Parte do Questionário: Variáveis Sociodemográficas/Variáveis de caracterização

1 – Idade: _____

2- Zona geográfica onde exerce a sua atividade _____

3- Categoria profissional

Enfermeiro

Enfermeiro especialista

Enfermeiro Chefe

Assistente

Professor Adjunto

Professor Coordenador

Outro _____

4- Experiência profissional na área em estudo (doente com cancro gástrico submetido a cirurgia)

Anos e meses _____

2ª Parte do Questionário: Intervenções de enfermagem promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico

Esta segunda parte do questionário é constituída por 22 questões organizadas em três grupos.

1º grupo – Intervenções que não obtivemos consenso na primeira ronda

No primeiro grupo temos cinco questões, que decorrente da análise das respostas do primeiro questionário nestes itens não obtivemos consenso na primeira ronda, ou seja, não apresentam percentagem superior a 75.0% nas alternativas “Concordo” e “Concordo muito” nem superior a 75% nas alternativas “discordo muito” e “discordo”. Solicitamos que fase aos resultados da primeira ronda, com base na análise das respostas do grupo, faça a reavaliação das suas respostas.

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato

1. Administrar vitamina B12 (via parenteral indefinidamente, se o doente foi submetido a uma gastrectomia total).

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa

2. Realizar diariamente seis pequenas refeições, pobres em carboidratos

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3. Orientar que as refeições devem conter mais alimentos secos do que líquidos

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

4. Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

5. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição durante 20 a 30 min.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

2º grupo - Intervenções modificadas tendo por base as sugestões e comentários

Segundo grupo com 14 questões onde são apresentadas as intervenções modificadas tendo por base as sugestões e comentários, no sentido de obter o consenso da sua inclusão após modificação.

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pré-operatório

6.Intervenção inicial: Se perdeu peso, determinar quanto e em quanto tempo.

Sugestão: Se perdeu peso, determinar os fatores relacionados e o peso perdido, utilizando a escala de Must.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

7.Intervenção inicial: Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação.

Sugestão: Identificar a vontade e as capacidades/competências individuais para o autocuidado e autogestão da situação e tipo de suporte familiar

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

8.Intervenção inicial: Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e apoio social.

Sugestão: Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e necessidade de apoio social

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

9.Intervenção inicial: Avaliar peso e altura do doente

Sugestão: Avaliar peso e altura e calcular o IMC

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

10.Intervenção inicial: Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão

Sugestão: Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

11. Intervenção inicial: Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar

Sugestão: Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar em coordenação com a nutricionista e/ou dietista

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

12. Intervenção inicial: Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições)

Sugestão: Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições) e eventuais retrocessos.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato

13. Intervenção inicial: Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos.

Sugestão: Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos em coordenação com o cirurgião responsável

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

14. Intervenção inicial: Iniciar a introdução dos alimentos em pequenas porções gradualmente

Sugestão: Orientar o doente sobre a introdução dos alimentos em pequenas porções

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

15. Intervenção inicial: Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia

Sugestão: Apoiar o doente na alimentação até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

16. Intervenção inicial: Elaborar um plano alimentar individualizado (elaborado em complementaridade).

Sugestão: “Providenciar e orientar sobre o plano alimentar, individualizado, elaborado com o apoio da nutricionista e/ou dietista”.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

17. Intervenção inicial: Administrar terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais).

Sugestão: Gerir a terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais)”.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa

18. Intervenção inicial: Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (ex: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...)

Sugestão: Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (ex: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) e procurar ajuda o mais precocemente possível.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

19. Intervenção inicial: Ensinar o doente para posicionar-se em semi-fowler durante as refeições.

Sugestão: Ensinar o doente a posicionar-se de preferência sentado ou em semi-fowler durante as refeições”.

1=*discordo muito*; 2=*discordo*; 3= *nem concordo, nem discordo* 4=*concordo*; 5= *concordo muito*

Comentário/Sugestão: -----

3º grupo – Intervenções que emergiram das sugestões apresentadas pelos peritos na primeira ronda

Terceiro grupo constituído por três questões referentes às intervenções que emergiram das sugestões apresentadas pelos peritos na primeira ronda, sendo o seu objetivo obter consenso para a sua inclusão ou exclusão.

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa

20. Avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica.

1=*discordo muito*; 2=*discordo*; 3= *nem concordo, nem discordo* 4=*concordo*; 5= *concordo muito*

Comentário/Sugestão: -----

21. Identificar fatores facilitadores e dificultadores no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.

1=*discordo muito*; 2=*discordo*; 3= *nem concordo, nem discordo* 4=*concordo*; 5= *concordo muito*

Comentário/Sugestão: -----

22. Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade após o regresso a casa.

1=*discordo muito*; 2=*discordo*; 3= *nem concordo, nem discordo* 4=*concordo*; 5= *concordo muito*

Comentário/Sugestão: -----

Comentários finais

Muito obrigado pela vossa colaboração. Após a colheita dos dados iremos analisar os mesmos, os quais ser-lhe-ão em breve fornecidos.

Apêndice X - Questionário da 3ª Ronda Delphi

Projeto de Doutoramento

Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da alimentação

Autora: Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Orientadora

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora

Professora Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

Outubro, de 2018

Cara(o) Colega,

Obrigado pela sua participação na segunda ronda da técnica de Delphi. De forma sintética passo a apresentar os resultados globais, representados estatisticamente, obtidos na segunda ronda.

Das 22 intervenções de enfermagem apresentadas 16 questões, decorrente da análise das respostas do segundo questionário, obtiveram percentagem de respostas superiores a 75.0% nas alternativas 4 e 5, correspondentes, respetivamente, ao “Concordo” e ao “Concordo muito”, atendendo aos critérios pré-definidos, conclui-se que reúnem os critérios de inclusão. As restantes seis questões não apresentam consenso para inclusão nem para exclusão pois de acordo com os critérios pré-definidos situam-se nos sem consenso.

Relembro que este estudo tem como objetivo geral desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. A questão que norteou a terceira fase do percurso da técnica de Delphi foi a mesma da primeira e da segunda fase: Quais as intervenções de enfermagem indicadas, para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos?

Nesta 3ª ronda tenho como objetivo específico:

Conhecer o nível de concordância que os peritos atribuem às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, que não obtiveram consenso na segunda ronda, após a sua modificação. De forma a atingir este objetivo, foi concebido o terceiro questionário, constituído por duas partes: a primeira parte refere-se aos dados de caracterização e a segunda parte solicita o nível de concordância face a cada uma das intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos, na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico.

À semelhança do primeiro e segundo questionário, as intervenções de enfermagem foram organizadas em dois momentos distintos: período pré-operatório e período pós-operatório.

Elaboramos o questionário, utilizando a ferramenta de criação de formulários disponível no Google Documents® (Google Docs®)

Cumprimentos e bom trabalho.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

- O preenchimento do questionário não levará mais do que 5 minutos
- Nas questões fechadas torna-se necessário assinalar o seu nível de concordância em relação às intervenções de enfermagem que devem ser implementadas para ajudar a pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico no processo de autogestão da alimentação/sintomas digestivos. Utilizamos uma escala de Likert, com cinco níveis - scores de 1 a 5 (*1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito*).
- No final do questionário deixámos um espaço para que os participantes possam colocar os seus comentários.

1ª Parte do Questionário: Variáveis Sociodemográficas/Variáveis de caracterização

1 – Idade: _____

2- Zona geográfica onde exerce a sua atividade _____

3- Categoria profissional

Enfermeiro

Enfermeiro especialista

Enfermeiro Chefe

Assistente

Professor Adjunto

Professor Coordenador

Outro _____

4- Experiência profissional na área em estudo (doente com cancro gástrico submetido a cirurgia)

Anos e meses _____

2ª Parte do Questionário: Intervenções de enfermagem promotoras da autogestão da alimentação/sintomas digestivos na pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico

Esta segunda parte do questionário é constituída por 6 questões.

Intervenções que não obtivemos consenso na segunda ronda

Decorrente da análise das respostas do segundo questionário, temos sete intervenções que não obtivemos consenso na primeira ronda, ou por não apresentarem percentagem superior a 75.0% nas alternativas “Concordo” e “Concordo muito” nem superior a 75% nas alternativas “discordo muito” e “discordo” ou porque os comentários não permitiram considerar a existência de consenso. Solicitamos que fase aos resultados da segunda ronda, com base na análise das respostas do grupo, faça a reavaliação das suas respostas.

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório imediato/mediato

1. Administrar, se prescrito e de acordo com os valores analíticos, vitamina B12 se doente submetido a uma gastrectomia total.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no período pós-operatório - preparação para o regresso a casa

2. Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

3. Orientar para que as refeições contenham mais alimentos secos, optando por tomar líquidos no intervalo das refeições.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

4. Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total).

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

5. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição (durante 20 a 30 min) até o doente não apresentar alterações gástricas.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

6. Promover os fatores facilitadores (Ex. acompanhamento familiar...) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

7. Minimizar os fatores e dificultadores (Ex. dor, readaptação aos novos hábitos alimentares) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.

1=discordo muito; 2=discordo; 3= nem concordo, nem discordo 4=concordo; 5= concordo muito

Comentário/Sugestão: -----

Comentários finais

Muito obrigado pela vossa colaboração. Após a colheita dos dados iremos analisar os mesmos, os quais ser-lhe-ão em breve fornecidos.

Apêndice XI - Focus Group – Guia da entrevista/Guia orientador

“Focus Group” – Guia da entrevista/Guia orientador

Introdução

1-Agradecimento pela disponibilidade e participação no grupo de discussão.

2- Referir que o investigador será o moderador das sessões tendo como função promover o debate, fazendo perguntas e lançando desafios aos participantes de forma a obter a concentração de dados sobre o tema em debate. Também, nesta investigação termos um co-moderador/observador, atendendo ao sugerido por alguns autores de forma a permitir que o moderador esteja centrado na condução da discussão. Referir que o observador/ co-moderador, terá como papel auxiliar o moderador, tomar notas e/ou assegurar o funcionamento dos meios técnicos (gestão do equipamento), às condições logísticas e ao ambiente físico.

3-Breve contextualização da investigação.

4-Solicitação aos participantes que respeitem o direito que cada um tem à confidencialidade da informação. Garantir, numa perspetiva pessoal como moderador, que o conteúdo da informação será mantido confidencial, referindo que não posso garantir que os participantes o façam.

Objetivo geral do *focus group*:

Validar a nomenclatura CIPE atribuída pelo investigador a cada intervenção de enfermagem, resultante da RIL e do estudo de consensos (técnica de Delphi), tendo como finalidade disponibilizar o programa de intervenção para implementação tanto no âmbito regional como nacional, com recurso às aplicações informáticas e linguagem classificada em uso na grande maioria das instituições de saúde.

Objetivos específicos: validar as regras dos enunciados de enfermagem segundo a terminologia CIPE; confirmar a essência das intervenções originais obtidas através da técnica de Delphi; identificar a harmonia e coerência da terminologia; e validar o potencial para a adaptação ao sistema informático em vigor no Sistema Regional de Saúde (SESARAM.EPE).

Guia do *focus group*:

1- Verificar se as intervenções apresentadas (anexo) estão de acordo com os enunciados de enfermagem da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE) mais atual (ICN, 2017):

- Se respeitam as regras dos enunciados
- Se os termos constam da CIPE
-

2- Validar se após a classificação das intervenções de enfermagem, utilizando a linguagem da CIPE, se as mesmas traduzem a essência das intervenções iniciais (estudo de consenso).

3-Verificar a harmonia e coerência da terminologia, em termos globais.

4- Validar o potencial para adaptação ao sistema informático

**Apêndice XII Carta de informação ao
participante e Consentimento informado
(Focus Group)**



Projeto de Doutoramento

Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da alimentação

Autora: Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Orientadora

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coorientadora

Professora Doutora Maria Merícia Gouveia Rodrigues Bettencourt de Jesus

Afiliação

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

maio, de 2019

Carta de informação ao participante

Chamo-me Noélia Pimenta, sou Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, e no âmbito do programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem encontro-me a desenvolver uma investigação cujo tema é: **Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão da alimentação.**

Este estudo tem como objetivo geral desenvolver um programa de intervenção de enfermagem promotor da autogestão da alimentação/sintomas digestivos pela pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico, cuja finalidade consiste em: dotar a disciplina de enfermagem de uma ferramenta que seja promotora da autogestão do regime dietético, o qual contribua para a otimização da assistência em enfermagem, através da minimização das complicações, melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida da pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica.

Optamos pelo desenvolvimento de um programa dirigido à autogestão da alimentação/sintomas digestivos, uma vez que, da pesquisa efetuada, a componente alimentar é uma das mais afetadas após a cirurgia gástrica. A retirada total ou parcial do estômago resulta em consequências nutricionais inevitáveis, as quais podem ser atenuadas. Segundo Papini-berto e Burini 2001; Sands, 2010; Castro et al., 2017; Hinkle et al., 2018; Eng et al., 2018 a cirurgia gástrica é considerada um procedimento de alto nível de complexidade, pela importância das funções mecânicas e químicas do estômago no trato digestivo, pelo que são esperadas consequências nutricionais após a cirurgia. Assim, é mandatório dar atenção a esta componente, o que na prática nem sempre se verifica, permitindo a instalação ou agravamento da desnutrição iatrogénica. Também, é necessário ajudar a pessoa a se adaptar à nova situação, das quais a mais significativa é a alteração dos hábitos alimentares.

Para a consecução da proposta de programa de intervenção, numa fase preliminar realizámos uma revisão sistemática da literatura, a qual nos possibilitou identificar intervenções de enfermagem eficazes na recuperação pós-operatória das pessoas com cancro gástrico submetidas a tratamento cirúrgico e delimitar o foco do nosso estudo, e uma revisão integrativa da literatura que nos permitiu elencar as intervenções de enfermagem indicadas para apoiar o processo de autogestão da alimentação da pessoa submetida a cirurgia por cancro gástrico. Na fase I, recorreremos à Técnica Delphi para obtenção do consenso sobre as intervenções a integrar no programa de intervenção de enfermagem.

A fase II, na qual solicito a sua participação tem como objetivo, validar a nomenclatura CIPE atribuída pelo investigador a cada intervenção de enfermagem, resultante da RIL e do estudo de consensos (técnica de Delphi), tendo como finalidade disponibilizar o programa de intervenção

para implementação tanto no âmbito regional como nacional, com recurso às aplicações informáticas e linguagem classificada em uso na grande maioria das instituições de saúde.

Silva, Veloso e Keating, (2014) aludem que o Focus group, também designado como grupo de discussão ou grupos focais, é uma técnica que está dirigida à recolha de informação, tipicamente de natureza qualitativa, procurando aumentar a compreensão das pessoas sobre um dado assunto. Um dos aspetos diferenciador desta técnica de recolha de dados é o facto de atender as opiniões, ideias, observações dos participantes na interação com os outros, o que contrasta com outras técnicas de recolha de dados, onde a pessoa emite a sua opinião, sem que exista interação com os outros participantes, ou seja, existe “Insigh”: por meio da troca de experiências e opiniões dos participantes (Munaretto, Corrêa e Cunha, 2013).

Um aspeto a atender no focus group é a definição dos participantes que deve ser realizada de forma organizada e sustentada pois a mesma deve atender à contribuição que os participantes poderão oferecer à investigação, mais concretamente na concretização dos objetivos do focus group, sendo importante que existam critérios de homogeneidade e de heterogeneidade. Assim, nesta investigação foi considerado como critério de homogeneidade, atendendo ao objetivo do focus group: Enfermeiros da prática de cuidados e que integram o grupo dos registos eletrónicos/núcleo de dinamização/elos de ligação da CIPE do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Como, critérios de heterogeneidade foi considerado as variáveis de caracterização: idade, serviço onde desempenham funções, tempo de serviço e número de anos que fazem parte do Grupo CIPE.

Assim, nesta investigação a abordagem realizada foi a seguinte: Contactei o Coordenador responsável pelo Grupo dos registos eletrónicos/núcleo de dinamização/elos de ligação da CIPE da RAM e solicitei a sua colaboração na seleção dos participantes para o focus group. Assim, atendendo à sua experiência e perícia na área em estudo a sua participação será de extrema importância para que o objetivo desta investigação seja concretizado.

O modo de participação será uma discussão, presencial, realizada na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, depois do período habitual de funcionamento (16H). Cada sessão terá duração máxima de duas horas. O facto de participar neste estudo não lhe trará qualquer risco, inconveniente ou encargos, será apenas pedido algum do seu tempo para participar nas sessões de grupo. Posso garantir, numa perspetiva pessoal como moderador, que o conteúdo da informação será mantido em anonimato e confidencial, embora não possa garantir que os participantes o façam. Assim, solicito aos participantes que respeitem o direito que cada um tem à confidencialidade da informação.

Neste sentido, venho pedir a vossa colaboração e disponibilidade, como perito na área em estudo, para participar no estudo, que desde já agradeço.

Noélia Pimenta Gomes npimenta@esesjcluny.pt noeliapimenta@gmail.com

Consentimento Informado

Declaro que fui devidamente informado/ informada do objetivo e finalidades da minha participação neste trabalho efetuado pela Prof. Noélia Pimenta, docente da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny e aceito de livre vontade nele participar, podendo desistir a qualquer momento.

(Assinatura do Participante)

**Apêndice XIII - Intervenções de enfermagem
resultantes da técnica de Delphi/proposta do
investigador/ focus group**

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

Intervenções de Enfermagem resultante da Técnica de Delphi	Intervenções de Enfermagem segundo a nomenclatura CIPE – Proposta do Investigador	Intervenções de Enfermagem resultante do Focus Group
1. Determinar o conhecimento do doente e da família sobre a necessidade/justificativa para a cirurgia.	Avaliar o conhecimento do cliente e família sobre a cirurgia (necessidade/justificativa)	Validar o conhecimento do cliente sobre o processo patológico. Validar o conhecimento do prestador de cuidados/membro da família sobre o processo patológico.
2. Determinar o conhecimento do doente sobre os procedimentos habituais pré e pós-operatórios.	Avaliar o conhecimento do cliente sobre os cuidados no período pré-operatório e período pós-operatório.	Validar o conhecimento do cliente sobre os procedimentos do período pré-operatório e período pós-operatório. Validar o conhecimento do prestador de cuidados/ membro da família cliente sobre os procedimentos do período pré-operatório e período pós-operatório.
3. Identificar o status gastrointestinal antes da cirurgia (história do doente)	Identificar <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia através de linhas de orientação:	<p>Avaliar <i>status</i> gastrointestinal antes da cirurgia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos alimentares (3.1) • Náuseas, vômitos (3.1) • Apetite (3.1) • Tolerância à dieta (3.2) • Preferências alimentares (3.3) <p>Avaliar status nutricional com instrumento de avaliação (Escala de Must - Malnutrition Universal Screening Tool). (3.4 e 3.5)</p>
3.1. Determinar que mudanças ocorreram nos hábitos alimentares (apetite, náuseas e vômitos)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar mudança/alteração do padrão alimentar 	
3.2. Determinar se o doente tolera uma dieta completa ou se tem intolerância alimentar	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar náuseas e vômito 	
3.3. Determinar quais os alimentos preferidos e não preferidos (restrições alimentares religiosas ou outras)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar apetite • Avaliar tolerância à dieta. 	
3.4. Determinar se o doente perdeu peso	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar preferências alimentares (restrições alimentares religiosas ou outras) 	
3.5. Se perdeu peso, determinar os fatores relacionados e o peso perdido, utilizando a escala de Must". (Malnutrition Universal Screening Tool).	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução do peso <p>Avaliar risco de malnutrição com recurso a instrumento de avaliação (escala de Must)</p>	
4. Identificar histórias de tabagismo e alcoolismo	Avaliar uso do tabaco Avaliar o uso do álcool	Avaliar abuso do tabaco Avaliar abuso do álcool
5. Identificar as capacidades/competências individuais e familiares para o autocuidado e autogestão da situação.	Avaliar capacidade do cliente e família para o autocuidado e autogestão da alimentação/sintomas do sistema gastrintestinal.	Avaliar a capacidade do cliente para o autocuidado alimentar-se. Avaliar a capacidade do cliente para a autogestão do regime dietético Avaliar a capacidade do cliente para a autogestão dos sintomas Avaliar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para assistir no autocuidado alimentar-se

Intervenções de Enfermagem resultante da Técnica de Delphi	Intervenções de Enfermagem segundo a nomenclatura CIPE – Proposta do Investigador	Intervenções de Enfermagem resultante do Focus Group
		Avaliar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão do regime dietético Avaliar a capacidade de o prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão dos sintomas
6. Providenciar uma avaliação psicossocial, incluindo questões sobre recursos financeiros e necessidade de apoio social.	Providenciar avaliação psicossocial: necessidade de apoio social e financeiro OU Identificar <i>status</i> psicossocial: necessidade de apoio social e financeiro	Avaliar <i>status</i> psicossocial.
7. Avaliar peso e altura e calcular o IMC.	Avaliar peso e altura (IMC)	<u>Intervenção já incluída no ponto 3</u> Avaliar risco de malnutrição com instrumento de avaliação (Escala de Must - Malnutrition Universal Screening Tool).
8. Avaliar/rastrear o estado nutricional no pré-operatório/admissão em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.	Referenciar para profissional de saúde: nutricionista para avaliar status nutricional OU Colaborar com a nutricionista na avaliação do status nutricional	<u>Intervenção já incluída no ponto 3</u> Avaliar risco de malnutrição com instrumento de avaliação (Escala de Must - Malnutrition Universal Screening Tool).
9. Avaliar a necessidade de algum cuidado nutricional suplementar em coordenação com a nutricionista e/ou dietista.	Colaborar com nutricionista na avaliação das necessidades dietéticas.	Colaborar com nutricionista na avaliação das necessidades dietéticas.
10. Explicar ao doente os procedimentos pré e pós-operatórios	Explicar ao cliente os procedimentos do período pré e pós-operatório através de linhas de orientação:	Explicar ao cliente os procedimentos do período pré e pós-operatório:
10.1. Explicar ao doente a necessidade de colocação da SNG		
10.2. Explicar ao doente a necessidade de líquidos E.V.		
10.3. Explicar ao doente a necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório		
10.4. Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições).		
<ul style="list-style-type: none"> • Explicar ao doente a necessidade de colocação da SNG • Explicar ao doente a necessidade de líquidos E.V. • Explicar ao doente a necessidade de dieta zero nos primeiros dias de pós-operatório • Explicar ao doente o retorno da alimentação (deglutição, apetite e refeições). 		<ul style="list-style-type: none"> • Necessidade de sonda gástrica • Necessidade de líquidos E.V. • Necessidade de interromper a ingestão de alimentos • O iniciar da ingestão de alimentos

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO/MEDIATO

Intervenções de Enfermagem resultante da Técnica de Delphi	Intervenções de Enfermagem segundo a nomenclatura CIPE – Proposta do Investigador	Intervenções de Enfermagem resultante do Focus Group
11. Avaliar complicações secundárias à intervenção cirúrgica (Ex: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional).	Avaliar complicações do sistema gastrointestinal (Ex: distensão abdominal ou diminuição do estado nutricional).	Avaliar complicações da cirurgia.
12. Promover cuidados de higiene oral	Promover higiene oral	Promover o cuidar da higiene à cavidade oral.
13. Avaliar as condições do doente para iniciar a ingestão de líquidos.	Avaliar capacidade/estado do cliente para início de ingestão de líquidos.	Avaliar status gastrointestinal (início da ingestão de líquidos)
14. Avaliar a tolerância do doente em relação à dieta oferecida	Avaliar tolerância à dieta.	Avaliar tolerância à dieta.
15. Orientar o doente sobre a introdução dos alimentos em pequenas porções	Ensinar sobre o início de ingestão de alimentos através de linhas de orientação:	Ensinar sobre o regime dietético:
15.1 Orientar o doente sobre o aumento gradual da quantidade de alimentos a ingerir, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância.	- Orientar o doente sobre o aumento gradual da quantidade de alimentos a ingerir, de acordo com o plano pré-estabelecido e a sua tolerância.	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos • Refeição (até seis refeições dia) • Adesão • Tolerância à dieta • Progressão
15.2 Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia.	- Alimentar o doente até ser capaz de realizar seis pequenas refeições por dia.	
16. Vigiar sinais de saciedade precoce e regurgitação	Vigiar sinais de regurgitação e de saciedade anormal	Vigiar sinais e sintomas: Regurgitação; Saciedade precoce
17. Vigiar sinais de deiscência da anastomose (dispneia, dor, febre), ao reintroduzir os líquidos por via oral	Vigiar sinais de complicação da operação cirúrgica no início de ingestão de líquidos.	Vigiar complicação ao iniciar ingestão de líquidos (deiscência da anastomose): Dispneia; Dor; Febre
18. Vigiar o peso	Monitorizar o peso	Monitorizar o peso
19. Providenciar e orientar sobre o plano alimentar, individualizado, elaborado com o apoio da nutricionista e/ou dietista.	Referenciar para serviço de nutrição. Ensinar sobre dieta.	Colaborar com a nutricionista no plano de gestão do regime dietético.
20. Gerir a terapia nutricional parenteral suplementar (se o doente não conseguir alimentar-se de forma adequada para atender às suas necessidades nutricionais).	Gerir alimentação parentérica	Gerir alimentação parentérica
21. Administrar, de acordo com os valores analíticos, vitamina B12 se doente submetido a uma gastrectomia total.	Administrar vitamina B12	Interpretar resultado laboratorial da Vit. B12 Administrar Vitamina B12

Intervenções de Enfermagem a serem implementadas no PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO - PREPARAÇÃO PARA O REGRESSO A CASA

Intervenções de Enfermagem resultante da Técnica de Delphi	Intervenções de Enfermagem segundo a nomenclatura CIPE – Proposta do Investigador	Intervenções de Enfermagem resultante do Focus Group
22. Reavaliar a capacidade do doente para participar no seu autocuidado/autogestão.	Avaliar capacidade do cliente para o autocuidado e autogestão.	Igual à intervenção 5. Só que em vez de ser avaliar será validar. Validar a capacidade do cliente para o autocuidado alimentar-se. Validar a capacidade do cliente para a autogestão do regime dietético Validar a capacidade do cliente para a autogestão dos sintomas Validar a capacidade de o prestador de cuidados/membro da família para assistir no autocuidado alimentar-se Validar a capacidade do prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão do regime dietético Validar a capacidade de o prestador de cuidados/membro da família para apoio na autogestão dos sintomas
23. Educar o doente sobre como prevenir e lidar com as possíveis complicações/sintomas digestivos que podem surgir após a cirurgia (Síndrome de dumping...).	Ensinar o cliente sobre como prevenir e controlar as complicações/sintomas do sistema gastrointestinal	Ensinar o cliente a prevenir complicações do sistema gastrointestinal (Síndrome de Dumping) Instruir o cliente sobre o controlo de sintomas do sistema gastrintestinal (Síndrome de Dumping)
24. Ensinar o doente e família a reconhecer os sinais e sintomas das complicações (ex: vômitos após as refeições, diarreia persistente, hematémeses...) e procurar ajuda o mais precocemente possível.	Ensinar o cliente e família a identificar sinais e sintomas de complicações do sistema gastrointestinal	Ensinar o cliente a identificar complicações do sistema gastrointestinal Ensinar membro da família a identificar complicações do sistema gastrointestinal Orientar para comportamento de procura de saúde, perante falta de controlo de sintomas.
25. Informar o doente que os sintomas tendem a desaparecer após meses.	Explicar sobre duração normal de sintomas (tendem a desaparecer após meses).	Explicar sobre o estado de normalidade dos sintomas
26. Ensinar o doente sobre as possíveis mudanças de estilo de vida: comer fora/lugares público, sono, efeitos psicológicos, relacionamentos, fumar e retornar ao trabalho.	Ensinar sobre os hábitos/adaptação	Advogar atitude face ao estado de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • Status psicológico • Status fisiológico • Status social • Status de relacionamento • Status de emprego

Intervenções de Enfermagem resultante da Técnica de Delphi	Intervenções de Enfermagem segundo a nomenclatura CIPE – Proposta do Investigador	Intervenções de Enfermagem resultante do Focus Group
27. Ensinar o doente a realizar a sua gestão nutricional.	Ensinar o cliente a gerir a ingestão nutricional através de linhas de orientação:	<p>Ensinar o cliente a gerir o regime dietético:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentos (introdução gradual/ evitar a sacarose e glicose e a gordura deve ser dada conforme tolerada) • Refeição (até seis refeições dia pobre em carboidratos simples e que contenham mais alimentos secos) • Progressão do regime dietético • Tolerância à dieta • Ingestão de líquidos (intervalo das refeições) • Métodos de preparação e cozedura dos alimentos • Mastigação e forma de comer (mastigar bem os alimentos e comer lentamente) <p>Informar sobre efeito da medicação (antiespasmódico).</p>
27.1. Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples.	- Ensinar o doente sobre a realização de seis pequenas refeições diárias, pobre em carboidratos simples	
27.2. Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos em cada refeição, de acordo com a sua tolerância.	- Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos em cada refeição, de acordo com a sua tolerância.	
27.3. Evitar os líquidos na hora das refeições (podem ser ingeridos até 1 hora antes e depois).	- Evitar os líquidos na hora das refeições (podem ser ingeridos até 1 hora antes e depois).	
27.4. Orientar sobre os métodos de preparação e cozedura dos alimentos	- Orientar sobre os métodos de preparação e cozedura dos alimentos	
27.5. Orientar para evitar a sacarose e glicose e que a gordura poder ser dada conforme tolerada	- Orientar para evitar a sacarose e glicose e que a gordura poder ser dada conforme tolerada	
27.6. Orientar para que as refeições contenham mais alimentos secos, optando por tomar líquidos no intervalo das refeições.	- Orientar para que as refeições contenham mais alimentos secos, optando por tomar líquidos no intervalo das refeições.	
27.7. Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos	- Orientar para comer lentamente e mastigar bem os alimentos	
27.8. Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total)".	- Orientar sobre o possível efeito dos antiespasmódicos no atraso do esvaziamento gástrico (gastrectomia parcial) e esvaziamento intestinal (gastrectomia total)".	
28. Ensinar o doente a posicionar-se de preferência sentado ou em semi-fowler durante as refeições.	Ensinar cliente sobre posição corporal à refeição (preferência sentado ou em semi-fowler)	<p>Orientar sobre posição corporal à refeição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentado ou em semi-fowler (durante) • Decúbito lateral esquerdo durante 20 a 30 min (após até não apresentar alterações gástricas)
29. Ensinar o doente para assumir o decúbito lateral esquerdo após a refeição (durante 20 a 30 min) até o doente não apresentar alterações gástricas.	Ensinar cliente sobre posição corporal após refeição (decúbito lateral durante 20 a 30 min)	

Intervenções de Enfermagem resultante da Técnica de Delphi	Intervenções de Enfermagem segundo a nomenclatura CIPE – Proposta do Investigador	Intervenções de Enfermagem resultante do Focus Group
30. Orientar/solicitar a colaboração da nutricionista aquando a alta.	Referenciar para serviço de nutrição no momento da alta.	Referenciar para nutricionista na alta.
31. Estabelecer um acompanhamento após a alta hospitalar.	Calendarizar consulta de acompanhamento após alta.	Planear consulta de acompanhamento
32. Educar o doente para monitorizar o peso regularmente (p.ex.semanamente).	Ensinar sobre monitorizar peso.	Ensinar a automonitorizar o peso.
33.Providenciar instruções por escrito (folheto, panfleto) sobre as refeições, como detetar e evitar as complicações relacionadas com a alimentação, entre outros aspetos.	Providenciar material educativo.	Providenciar material educativo (folheto/panfleto) para autogestão: <ul style="list-style-type: none"> • Regime dietético • Regime medicamentoso • Complicações •
34. Avaliar a consciencialização e significado atribuído pelo doente à mudança imposta pela cirurgia gástrica.	Avaliar a consciencialização	Avaliar aceitação de estado de saúde após cirurgia gástrica
35. Promover os fatores facilitadores (Ex. acompanhamento familiar...) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica.	.....	Promover estratégias adaptativas à cirurgia gástrica: <ul style="list-style-type: none"> • Apoio da família • Apoio social • Apoio espiritual • Apoio na autogestão • ...
36. Minimizar os fatores dificultadores (Ex. dor, readaptação aos novos hábitos alimentares) no processo de transição vivido pela pessoa submetida a cirurgia gástrica	.....	Prevenir o stress: <ul style="list-style-type: none"> • O sentimento de estar sob pressão e ansiedade • O sentimento de desconforto • As experiências desagradáveis • A dor....
37. Assegurar a continuidade de cuidados na comunidade após o regresso a casa.	Assegurar continuidade de cuidados na comunidade após alta	Igual a 31 Planear consulta de acompanhamento

Apêndice XIV - Guião da Entrevista (Pré-Teste)

Guião da Entrevista

Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético

janeiro, de 2020

Instrumento de colheita de informação sobre os resultados do pré-teste

Número da entrevista: -----

Data: -----/ -----/ -----

Bom dia. Desde já agradeço a sua colaboração nesta entrevista que tem como objetivo conhecer a sua opinião sobre o programa de intervenção para a autogestão do regime dietético em que participou.

Questão central da entrevista:

Qual a sua opinião sobre o programa de intervenção para a autogestão do regime dietético?

- ✓ Compreensão/objetividade do conteúdo (As explicações e orientações dadas pelo/a Enfermeiro/a foram fáceis de compreender?)
- ✓ Estrutura e organização (As explicações, orientações foram fornecidas em tempo e conteúdo adequados?)
- ✓ Exequibilidade (As intervenções do Enfermeiro/a ajudaram-no nesta situação? Outros doentes em situação idêntica beneficiariam deste conjunto de intervenções?)

Obrigado

Apêndice XV - Requerimento ao Presidente do Conselho de Administração do SESARAM,EPE

Exma. Senhora
Presidente do Conselho de Administração do
SESARAM,EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de um pré-teste do Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, resultante de uma investigação prévia.

Nome do Investigador Principal: Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

Título do projeto de investigação: Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético.

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Cirurgia Esofagogástrica (2º piso nascente) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira – EPE (SESARAM, EPE) o pré-teste (última fase de uma investigação prévia desenvolvida no Programa de Doutoramento em curso no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto) do Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, solicito a V. Exa., autorização para a sua efetivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no procedimento de Submissão de Projetos de Investigação da Comissão de Ética do SESARAM, EPE.

Com os melhores cumprimentos.

Funchal, 20/01/2020

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes

E-mail: noeliapimenta@gmail.com

Telf/Tlm: 966337470

Apêndice XVI - Resposta do Conselho de Administração e pareceres das Comissões



Noélia Pimenta <noeliapimenta@gmail.com>

Pedido de estudo: Pessoa com cancro gastrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético"

Conselho de Administração <cadmin@sesaram.pt>

Para: "noeliapimenta@gmail.com" <noeliapimenta@gmail.com>, "Fernando Jasmins (@gmail.com)" <ftgj55@gmail.com>, José Manuel Silva Ornelas <j.ornelas@sesaram.pt>, Ana Eli <elisabetesilva@sesaram.pt>, Sofia Verissimo <sofiavpentina@sesaram.pt>, "sofiaverissimo@hotmail.com" <sofiaverissimo@hotmail.com>

Cc: Rafaela Fernandes <rafaelafernandes@sesaram.pt>, Comissao de Etica <comissao_etica@sesaram.pt>, Ana Célia Sousa <anacelia.sousa@sesaram.pt>

Exmos. Senhores

Encarrega-me a Exma. Senhora Presidente do Conselho de Administração do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM, Dra. Rafaela Fernandes de informar autorização para a realização de estudo/projecto de investigação, foi autorizado, após pareceres da Comissão de Ética para a Saúde e da Comissão Científica e de Investigação Região Autónoma da Madeira, EPERAM, os quais se anexam.

Pedimos desculpa pela resposta tardia, o que se deve ao período de contingência do Covid-19.

Com os melhores cumprimentos,

Isabel Pinto Machado

Secretariado do Conselho de Administração

Service Desk: Ext.: 6235 / 291 709602



Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E.P.E.
Av. Luís de Camões, N.º 57 - 9004-514 - Funchal
Telef.: 291 709600 - Fax: 291 709601

E2012148_Parecer-Comissão Ética nº 22_2020.pdf
173K Exibir como HTML Examinar e fazer o download

(CES do SESARAM, EPE)

PARECER nº 22/2020

Sobre o Pedido/Estudo:

“Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético.”

A – RELATÓRIO

- A.1** A Comissão de Ética para Saúde (CES) do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPE (SESARAM, EPE), analisou o documento Nº 11 de 2020, pedido submetido pela **Enfª Noélia Gomes**, doutoranda em Ciências de Enfermagem, para realização do projecto de investigação ***“Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético”***. Trata-se de um estudo, no âmbito do Programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Célia Santos, e da Professora Doutora Maria Merícia Jesus, da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, que pretende implementar um pré-teste do programa de intervenção de enfermagem, para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia.
- A.2** O documento em análise é constituído por: ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM, EPE, (E2012148) datado de 21 de Janeiro de 2020, que inclui questionário de submissão, resumo do projecto, programa de intervenção, documento de informação ao sujeito, consentimento informado, guião da entrevista, termo de responsabilidade dos orientadores. Acresce emails da proponente datada de 02 e 06 de Março de 2020, e email resposta da CES datado de 24 de Março de 2020, e email recebido da proponente datado de 20 de Maio de 2020, pós última acta da CES, que inclui resposta às questões colocadas, informação do director do serviço e informação da direcção de enfermagem.
- A.3** Trata-se de um pré-teste do programa de intervenção de enfermagem, para a autogestão do regime dietético das pessoas com cancro gástrico submetidas a cirurgia em termos de compreensão do conteúdo, precisão e objectividade, organização e exequibilidade. O pré-teste será aplicado a quatro doentes com

diagnóstico de cancro gástrico com indicação para cirurgia, alvo de cuidados de enfermagem na unidade de cirurgia esafogogástrica do HNM da RAM. O recrutamento dos doentes será efectuado pelo enfermeiro de ligação indigitado pelo serviço, colaborar na apresentação do investigador e do estudo, e obter o consentimento informado. A realização da entrevista será efectuada pela investigadora no final da aplicação do programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético. A entrevista realizada aos doentes no momento da sua alta será gravada e posteriormente transcrita, sendo os dados do pré-teste codificados, por forma a manter o anonimato.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1 Serão salvaguardados ao longo do estudo, os princípios éticos relativos ao mesmo, nomeadamente no que se refere ao anonimato dos doentes.

B.2 Reconhece-se o interesse prático nos resultados, sendo que a metodologia utilizada salvaguarda o direito dos doentes.

D – CONCLUSÃO

A CES/SESARAM, EPE deliberou emitir **Parecer Favorável** por não se colocarem quaisquer questões de ordem ética.

Aprovado em reunião do dia 06 de Abril de 2020 da CES por unanimidade.

Assinado a 23 de Julho de 2020.

O presidente da CES/SESARAM, EPE



COMISSÃO CIENTÍFICA E DE INVESTIGAÇÃO DO SESARAM-EPE

Parecer Científico do Projeto de Investigação

RELATÓRIO:

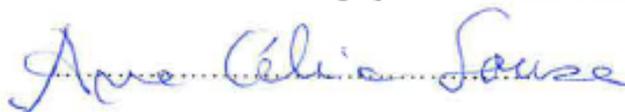
1. A Comissão Científica e de Investigação do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM-EPE), analisou o Projeto de Investigação «**Pessoa com cancro gástrico submetida a intervenção cirúrgica: programa de intervenção de enfermagem para autogestão do regime dietético**» da investigadora Enf. Noélia Gomes no âmbito do Programa de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto Abel Salazar, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.
2. Este documento em análise provém do ofício enviado ao Conselho de Administração do SESARAM-EPE, (E2012148) datado de 21 de janeiro de 2020.

CONCLUSÃO:

A Comissão Científica e de Investigação do SESARAM-EPE emite um **Parecer Favorável**, considerando que este Projeto de Investigação tem interesse científico para SESARAM-EPE.

Assinado a 13 de agosto de 2020

Comissão Científica e de Investigação do SESARAM-EPE



(Doutora Ana Célia Sousa)

Apêndice XVII - Carta de informação ao Participante e Consentimento Informado (Pré- teste)

Documento de Informação ao Participante

Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do
regime dietético

janeiro, de 2020

Chamo-me Noélia Pimenta, sou Enfermeira e Professora na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, e neste momento estou a realizar a desenvolver um Programa de intervenção de enfermagem para a autogestão do regime dietético, dirigido a pessoas com o mesmo problema de saúde que o seu.

Neste momento o meu objetivo é realizar um **pré-teste** ao programa de intervenção de enfermagem elaborado, que consiste em verificar a pertinência e o valor do instrumento que vamos utilizar, permitindo identificar imprecisões e corrigir ou modificar as mesmas.

Assim a sua participação é muito importante, pois contribuirá para a otimização da assistência de enfermagem, minimizando complicações, promovendo a recuperação pós-operatória e a qualidade de vida da pessoa com esta situação de doença específica.

Nesta fase do estudo irão participar quatro doentes e o programa será aplicado durante o presente internamento.

No final da aplicação, ou seja, no momento da sua alta iremos proceder a uma conversa/entrevista, que será gravada e posteriormente transcrita. Colocarei algumas questões, que o Sr.º/ Sr.ª decidirá livremente se responde ou não. Necessitaremos de cerca de 20 a 25 minutos para tal.

De forma a garantir o seu direito à privacidade e anonimato não será colocado o seu nome na transcrição da entrevista. Assim todos os dados inerentes a esta fase de pré-teste serão codificados numericamente. A sua participação neste estudo não lhe trará qualquer risco, inconveniente ou encargos, será apenas pedido algum do seu tempo para responder às questões colocadas. Por outro lado, poderá beneficiar de todas as orientações/ensinos que serão transmitidas durante a aplicação do programa.

A sua participação é inteiramente voluntária. É livre de recusar participar e tem o direito de desistir do estudo em qualquer momento sem que isso implique qualquer perda de benefícios/cuidados de saúde a que tenha direito.

Encontro-me disponível para o esclarecimento de qualquer questão relacionada com o pré-teste do programa de intervenção para a autogestão do regime dietético.

Contacto:

noeliapimenta@gmail.com

966337470

Consentimento Informado

Eu, abaixo-assinado (**nome completo do participante do estudo**) declaro que fui devidamente informado/ informada que, nesta fase do estudo de investigação efetuado por Noélia Pimenta, enfermeira e docente da Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny, se destina a realizar um pré-teste ao programa de intervenção de enfermagem elaborado, o qual consiste numa prova preliminar para verificar a pertinência e o valor do programa, de modo a identificar e corrigir ou modificar eventuais imprecisões.

Sei que nesta fase deste estudo está prevista a realização de uma entrevista, tendo-me sido explicado em que consiste e quais os possíveis efeitos. Foi-me garantido que todos os dados relativos à minha identificação neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a minha participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade nesta fase do estudo e também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico se garantido o anonimato.

(Assinatura do doente)

(Assinatura do Investigador)

Data ___/___/_____

Apêndice XVIII - Tabela Mestre relativa às referências por categorias e subcategorias

Tabela Mestre relativa às referências por categorias e subcategorias

Categoria	Subcategoria	Entrevistas	Unidade de registo	Unidade de enumeração
Compreensão do conteúdo (A)	Perceção (A1)	E1	(...) “as explicações e orientações que me deram eu percebi algumas coisas (...)”	3
			(...) “algumas não percebi muito bem.”	
			(...) “sim compreendi o que me ensinaram (...)”	
		E2	“Sim, senhora, (...) eu compreendi.”	5
			(...) “explicaram muito bem eu percebi (...)”	
			“Foi muito fácil compreender as orientações.”	
			(...) “não compreendia quem não queria aprender.”	
		E3	“Foi fácil compreender.”	2
			(...) “eu percebi muito bem o que me explicaram (...)”	
		E4	(...) “não é muito difícil perceber.” (...)	5
			“Sim, sim, eu percebi muito bem todas as orientações que me foram dadas. (...)”	
			“Sim, sim, compreendi (...)”	
	(...) “por vezes não percebia bem por causa da língua (doente que viveu muitos anos na Venezuela)”.			
	(...) “eu acabava por compreender o que elas estavam a me ensinar.”			
		“Sim, sim eu percebi (...)”		
			15	
	Capacidade Intelectual (A2)	E1	(...) “não me ficou tudo na “cabeça.”	4
			(...) “não ficou tudo na minha cabeça (...)”	
			(...) “muitas orientações não me ficavam na cabeça.”	
			(...) “foi ficando alguma coisa na cabeça sobre como deveria fazer as minhas refeições (...)”.	
E2		(...) “a minha cabeça pode muito bem falhar alguma coisa (...)”	6	
		(...) “há coisas que falham pouco (...)”		
		(...) “por mim pode falhar alguma coisa (...)”		
		(...) “pode depois falhar, alguma coisa (...)”		
		(...) “muita coisa foi ficando na cabeça (...)”		
		(...) “posso esquecer-me de alguma coisa (...)”		
		10		
Recursos (A4)	E1	(...) “tenho o papel com todas as informações escritas vai ajudar muito a lembrar-me.”	10	
		(...) “o que não ficou na cabeça está escrito”		
		(...) “papéis (informações por escrito/panfleto) vão ajudar-me a lembrar o que não fixei.”		
		(...) “O papel com as informações escritas será muito importante.”		

Categoria	Subcategoria	Entrevistas	Unidade de registo	Unidade de enumeração	
			(...) “Ainda bem que tenho estas informações escritas vão ajudar-me muito.”		
			(...) “Vai ajudar muito (...)” (refere-se as informações escritas)		
			(...) “foi muito importante os enfermeiros terem-me ensinado e também a outra senhora (dietista) que veio falar comigo também gostei e ajudou.”		
			(...) “O que não sei está escrito (...)”		
			(...) “posso voltar a ler e lembrar-me (...)”		
			(...) “Os enfermeiros explicavam e voltavam a explicar (...)”		
			E2		“Disponíveis para tudo, (refere-se aos profissionais de saúde) para ensinar, para explicar (...)”	3
		“A forma como me ensinaram foi muito correto, foi muito bom (...)”			
		(...) “explicaram muito bem (...)”			
		E3	(...) “a senhora ensinou-me, as outras enfermeiras, a outra senhora (refere-se à dietista) também (...)”		2
		“Explicaram muito bem e várias vezes (...)”			
		E4	“Tenho todas as instruções escritas (...)”		10
			(...) “a outra senhora (refere-se à dietista) também, já falou comigo e também me explicou o que devo e não devo comer (...)”		
			“Tiveram muita paciência para mim (pausa).”		
			(...) “quando não percebia muito bem voltavam a explicar.”		
			“Quando não percebia as enfermeiras repetiam (...)”		
			“Mas quando não percebia alguma coisa as enfermeiras repetiam (...)”		
			“Sempre que não compreendia bem, voltavam a explicar o que deveria fazer.”		
			(...) “explicaram várias vezes, para mim foi bom.”		
	(...) “estavam sempre a perguntar se eu estava percebendo o que me diziam.”				
	“Tiveram sempre o cuidado de explicar o que iam fazer (...)”				
			25		
	Objetividade (A4)	E1	(...) “não tenho nenhuma dúvida (...)”	1	
		E2	“Para mim, assim foi muito bem, foram claros (...)”	1	
		E3	(...) “foram muito claros nas explicações.”	1	
E4		“Daquilo que me explicaram não tenho dúvidas (...)”	1		
			4		
Total da Categoria Compreensão do conteúdo				54	

Categoria	Subcategoria	Entrevistas	Unidade de registo	Unidade de enumeração
Estrutura e organização (C)	Adequação (C1)	E1	(...) “quando o médico disse que já ia começar a comer eu já sabia como deveria beber o chá e a água (...)”	1
		E2	(...) “quando comecei a ingerir o chá com as orientações que os enfermeiros tinham dado, antes fui percebendo a forma como deveria fazer.”	1
		E3	“Ainda bem, que não falaram de comer antes de puder beber água e chá.”	2
			“Estava desejando de comer, sem puder comer, para mim não fazia sentido falarem sobre o comer.”	
		E4	(...)” foi tudo aos poucos, comecei a beber chá explicaram como beber e depois comecei a comer mais algumas coisas e foram sempre ensinando as coisas que deveria fazer.”	1
			5	
	Momento (C2)	E1	(...) “penso que as orientações foram dadas no momento certo (...)”	1
		E2	“Para mim as explicações foram dadas na altura própria”	4
			“Não fazia sentido falar em determinadas coisas quando eu ainda estava muito debilitada, acho que o momento foi o certo.”	
			“Se falassem 15 dias antes de iniciar a alimentação os cuidados a ter, iria esquecer-me, para mim foi bom assim.”	
			“Para mim, foi no tempo certo.”	
		E3	“Para mim, o momento foi o certo.”	1
		E4	“Sim, sim, foi no momento adequado.”	3
			“(...) foi muito bom e o momento em que foram me ensinando também.”	
“Já antes da operação disseram-me que depois da cirurgia alguns dos meus hábitos tinham de ser adequados a minha nova situação (...)”				
		9		
Total da Categoria Estrutura e organização				14
Exequibilidade (D)	Consciencialização (D1)	E1	(...) “são muitas coisas que tenho de mudar no meu dia a dia na minha forma de comer e o que vou comer.”	4
			(...) “Acho que vai ajudar outros doentes (...)”.	
			(...) “Ajudou-me, também penso que vai ajudar outras pessoas.”	
			(...) “durante estes dias que estive internado fui pensando naquilo que os enfermeiros tinham ensinado.”	
		E2	(...) “por enquanto nem metadinha do que me trazem (refere-se à comida) se vai (pausa) mas com tempo e calma, eu vou ter que tomar juízo (...)”	7
(...) “ainda não consigo comer tudo o que vem em cada refeição, pois sinto que fico logo satisfeita, mas sei que é mesmo assim.”				
(...) “não vou comer para além do que o meu organismo levar, senão ainda vomito e é pior.”				

Categoria	Subcategoria	Entrevistas	Unidade de registo	Unidade de enumeração
			<p>(...) “eu sei que já não tenho estomago e sei que não posso voltar aos maus hábitos alimentares que tinha antes da operação, tudo tem de mudar.”</p> <p>(...) “orientações que me foram dando fizeram perceber que tenho de mudar os meus hábitos, se quiser viver mais algum tempo (...)”.</p> <p>“Pena, que só aprendi da pior forma possível.”</p> <p>(...) “antes nem café tomava de manhã, era só água, água e comprimidos (pausa) e depois só às quatro horas é que metia alguma coisa na boca (pausa) e isto não é correto”.</p>	
		E3	<p>(...) “estive mais de um mês sem comer (pausa) nem sequer água pude beber (pausa), por isso não é de espantar (pausa), ter ficado logo enfartado.”</p> <p>(...)”eu acredito que aquilo que me ensinaram é o certo (...)”.</p> <p>“Em casa tenho verduras frescas, não são do supermercado, são plantadas por mim e pelo meu filho, são mais saudáveis do que as do hospital. O puré de certeza que vai ser melhor do que do hospital.”</p> <p>(...) “ainda me custa estar deitado esse tempo para o lado esquerdo”</p> <p>(...) “difícil poderá ser fazer tudo direitinho.” (...)</p>	5
		E4	<p>(...) “a alimentação que fazia na Venezuela, não era a melhor para a minha saúde (...)”.</p> <p>“Sei, que me tiraram uma parte do estomago (pausa) o médico disse-me (...)”</p> <p>(...) “agora tenho o estômago de um bebé.”</p> <p>(...) “Antes de ser operada já sabia que iam retirar um pedaço do estomago e que não poderia voltar a fazer as refeições como fazia antes.”</p> <p>“Foi muito importante todos os ensinamentos e o apoio que recebi de todos os profissionais.”</p> <p>(...) “não vou conseguir melhorar, posso sim é piorar e ter que voltar ao hospital.”</p> <p>(...) “foram muito, muito importantes.”</p> <p>(...) “estou muito agradecida.”</p> <p>“Percebi, que havia muita coisa que fazia antes e que não eram as mais saudáveis e que se calhar também ajudaram a desenvolver a doença.”</p> <p>(...) “o facto de ter fumado durante muitos anos, também deve ter ajudado a desenvolver a doença.”</p> <p>(...) “tive sempre vontade em aprender, pois quando chegar a casa não posso contar com ninguém, sou eu que tenho de fazer.”</p> <p>(...) “foi importante dizerem-me pois não sabia que era tão importante o comer sentado (pausa) e depois deitar-me um pouco sobre o lado esquerdo.”</p> <p>(...) “sinto-me bem e o que tem vindo para comer tem me caído bem.”</p> <p>(...) “depois da operação o que tenho comido tem passado bem, antes custava passar e sentia muitas dores na barriga.”</p>	15

Categoria	Subcategoria	Entrevistas	Unidade de registo	Unidade de enumeração
			"Parece uma tontice, mas nunca tinha pensado nisso (refere-se ao posicionamento durante as refeições) e a diferença que pode ter na minha recuperação."	
				31
	Coping (D2)	E1	(...) "estava a pensar muito, estava a pensar muito na minha situação e no que iria acontecer (silêncio)"	3
			(...) "vou para casa mais descansado com este apoio (olha para o panfleto)."	
			(...) "agora vamos ver como corre as coisas quando chegar a casa (...)"	
		E2	(...) "se Deus quiser com o passar do tempo vou conseguir meter mais alguma coisa na boca"	8
			(...) "preparem para que corra tudo bem quando chegar a casa (...)"	
			(...) "eu sei que sou muito culpada da doença que tenho, pois durante muitos anos não tive cuidados com a minha alimentação, passava horas e horas sem comer (pausa) (...)"	
			(...) "Se soubermos o que fazer, vamos conseguir melhorar a nossa situação e não temos que voltar a ser internados."	
			(...) "agora que a comida já passa bem, que já não magoa muito, já apetece-me comer outras coisas (...)"	
			(...) "mudou o meu quarto de dormir para baixo, pois como estou debilitada, não tenho muitas condições para estar a subir e descer escadas."	
			(...) "vou fazer um esforço para que em todas as refeições coma alguma coisa. (...)"	
			(...) "agora tudo será diferente (...)"	
		E3	(...) "eu não vou voltar a fazer o que já fiz!"	6
			(...) "não vou voltar aos velhos hábitos (...)"	
			(...) "tudo isto que me aconteceu (refere-se à doença) foi tudo por minha causa (pausa)."	
			"Tenho de mudar alguns hábitos não posso voltar a comer como antes da operação."	
			"Fui burro, se soubesse que ia ficar cheio, tinha comido o 2º prato e só depois a sopa (risos)."	
		E4	(...) "agora não posso olhar para trás tenho de olhar para a frente (pausa)."	6
			"A minha recuperação vai depender muito daquilo que vou fazer em casa (...)"	
			(...) "agora tenho de começar uma vida nova, é como renascer (...)"	
			"Quero continuar a melhorar não quero voltar para o hospital (...)"	
			(...) "depois vou vir a uma consulta (...)"	
			(...) "a assistente social quando veio falar comigo disse que conseguiu arranjar uma pessoa para ajudar-me em casa nas lidas domésticas (...)"	
			"Até conseguiram arranjar alguém para me ajudar em casa (...)"	
	"Eu mesmo gosto de fazer o meu comer (...)"			
			23	
		E1	(...) "vou dar ao meu irmão para ler, pois ele vai dar-me apoio nesta fase (...)"	1

Categoria	Subcategoria	Entrevistas	Unidade de registo	Unidade de enumeração	
	Papel de Cuidador (D3)	E2	(...) “em casa para fazer o que me ensinaram, não tanto pela minha cabeça, mas sim pela cabeça da minha amiga (cuidadora) (...)”	9	
			(...) “com ela (cuidadora) não falha nada, se dizer que é assim é assim.”		
			“As orientações que foram dadas à P. (cuidadora) foram muito importantes (...)”		
			(...) “a ela (cuidadora) não vai falhar, ela é muito atenta (...)”		
			“Ela (cuidadora) é muito cumpridora, e sem dúvida que vai cumprir todas as orientações que deram (...)”		
			(...) “é ela (cuidadora) que me vai ajudar em casa (...)”		
			(...) “se não fosse ela (cuidadora) eu não podia ir para casa (pausa, emoção).”		
			(...) “com a ajuda da minha amiga, ainda bem que ela também aprendeu, ela será muito importante para a minha recuperação.”		
			(...) “quem vai cuidar de mim já está preparada.”		
			(...) “ela (esposa) já sabe como tem de fazer o meu comer (...)”		
	E3	“Tenho a minha mulher para ajudar e fazer o comer (...)”	4		
		(...) “minha mulher também já sabe, como já lhe disse ela é que trata da cozinha.”			
		(...) “a minha mulher também, sabe! (...)”			
		(...) “ela (esposa) já sabe como tem de fazer o meu comer (...)”			
					14
	Aprendizagem (D4)	E1	(...) “Vão ajudar-me a decidir o que vou comer, como vou comer (...)”	6	
			(...) “Tudo o que me ensinaram foi muito importante para mim e vão ajudar-me quando chegar a casa (...)”		
			(...) “ajudaram muito, senão eu não sabia e poderia fazer coisas erradas em casa.”		
			(...) “penso que as orientações vão ajudar-me muito quando chegar a casa a fazer as coisas de forma correta e assim ter uma boa recuperação, sem complicações.”		
			“Foi muito importante saber”.		
“O que me ensinaram será muito útil, pois muitas das orientações que os enfermeiros me deram eu não sabia, eu não sabia, mas agora já sei (...)”					
E2		(...) “muito aprendi e memorizei”.	11		
		(...) “sinto-me feliz por ir para casa e ter os conhecimentos que tenho que antes não tinha.”			
		“Em casa eu já vou ter aquilo que me ensinaram (...)”			
		(...) “acho que aprendi (...)”			
		(...) “ajudou-me a reaprender como comer e o que devo comer. (...)”			
		(...) “As orientações, ajudaram-me muito, ensinaram-me (...)”			
		(...) “aprendi que devo comer pouco de cada vez, várias vezes ao dia (...)”			
		(...) “agora aprendi que posso comer um iogurte de manhã, (pausa) (...) posso também comer uma geleiazinha (pausa) ao meio da manhã.”			

Categoria	Subcategoria	Entrevistas	Unidade de registo	Unidade de enumeração
			(...) “tenho de comer alguma coisa as 09H, as 11H, 13 H, as 15H, depois à noite e antes de me deitar tenho que também, meter alguma coisa na boca, até pode ser um Chá.”	
			(...) “as explicações ensinam, vai ajudar muito.”	
			(...) “sinto que estou preparada para ir para casa.”	
		E3	(...) “sei o que devo fazer em casa (...)”	
		E3	(...) “comecei a sentir que estava ficando cheio, enfartado, então parei e não comi todo o 2º prato.”	
		E3	“Lembrei-me do que me tinha dito: se me sentisse enfartado quando estivesse a comer, que não deveria forçar, para depois não me sentir mal.”	
		E3	“Quando senti um peso no estômago não comi mais.”	
		E3	(...) “agora aprendi, (...) o que devo fazer a partir da agora (...)”	
		E3	“Sim, sim ajudaram-me muito (...)”	
		E3	“Pode haver algumas tentações, mas sei o que é melhor para mim e para a minha recuperação.”	
		E3	“Depois, de tudo o que passei aqui durante quase 2 meses, não quero voltar para cá.”	
		E3	“Deitei-me um pouco para o lado direito, devido a operação ainda não consigo estar muito tempo para o lado esquerdo.”	
		E3	“Para mim, foi muito bom, senão não sabia como fazer as coisas quando chegasse a casa.”	
		E3	(...) “já tenho feito muita coisa que me ensinaram.”	
		E3	(...) “sei o que tenho de fazer, se não quiser voltar para o hospital. (...)”	
		E3	“Eu sinto que estou preparado para voltar para casa e devagarinho as coisas vão voltar ao seu lugar.”	
		E4	“Depois, do que foi me explicado eu sinto-me capaz de fazer as coisas direitinhas.”	
		E4	“Vou comer pouco de cada vez, devagarinho (...)”	
		E4	(...) “sinto que estou preparada (pausa).”	
		E4	“Sim, sim, ajudaram-me muitíssimo.”	
		E4	“Vou tentar fazer tudo direitinho para não ter dores, não me sentir maldisposta (...)”	
		E4	“Claro, claro que beneficiariam.”	
		E4	(...) “aprendi que tenho de renascer e fazer as coisas como me ensinaram”	
		E4	“Todos os cuidados que tive desde o momento que entrei para ser operada foram muito importantes (...)”	
		E4	(...) “senti-me sempre acompanhada e com muita atenção por parte de todos os profissionais.”	
				39
Total da Categoria Exequibilidade				107

Apêndice XIX - Panfleto: Autogestão do regime dietético após cirurgia gástrica: Orientações

O que ainda precisa de saber?

Existem outras complicações que podem surgir para além do Síndrome de dumping, nomeadamente a **Deficiência em vitamina B12**, na sequência da perda do factor intrínseco, que é essencial para a absorção da vitamina B12. Pode existir a necessidade de uma injeção mensal de vitamina B12 para prevenir a sua deficiência.

Após a remoção do estômago, pode ainda ocorrer má absorção transitória das gorduras, regredindo 1 a 6 meses após a cirurgia.

Resumindo

O estômago serve de ponto de receção e armazenamento dos alimentos. As funções primárias do estômago são atuar como reservatório, iniciar o processo de digestão e esvaziar o seu conteúdo na parte inicial do intestino.

A capacidade do estômago nos adultos é de aproximadamente 1,5 litros a 2 litros, e sua localização no abdómen permite uma considerável distensibilidade.

Num doente submetido a uma gastrectomia estas funções estão limitadas. No entanto, pode ter uma vida normal, se tiver em conta algumas alterações nos seus hábitos alimentares. Se houver um cumprimento das orientações relativas à alimentação, posicionamento e medicação estará a prevenir complicações do sistema gastrointestinal nomeadamente o Síndrome de Dumping

O sucesso da sua recuperação reside no cumprimento destas orientações.

Para mais informações, por favor,
queira contactar: Serviço de Cirurgia Geral
1º Piso Nascente 291705 694

**DESEJAMOS-LHE RÁPIDA
RECUPERAÇÃO**

Autogestão do regime dietético após
cirurgia gástrica: Orientações

Gastrectomia total ou subtotal

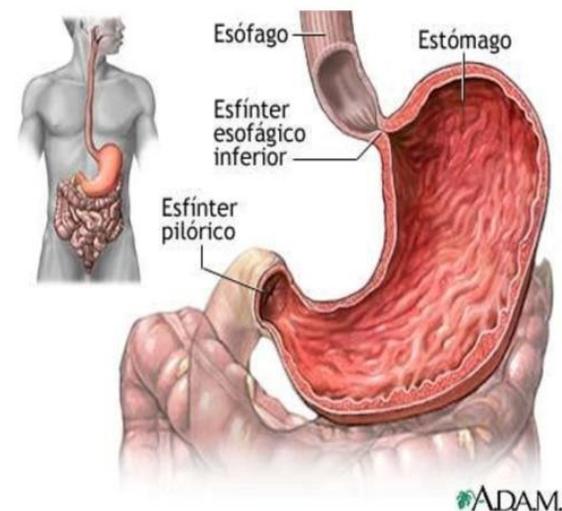


Figura adaptada de “Recomendações
ao Utente com Gastrectomia”
SESARAM”

Estimado Cliente, este folheto tem por objetivo fornecer orientações para ajudá-lo a adaptar-se e gerir as mudanças impostas pela cirurgia gástrica, na vertente do regime dietético e assim contribuir para uma melhor recuperação pós-operatória e qualidade de vida.

Gastrectomia é a remoção total ou parcial do estômago e visa reparar um problema de saúde existente. Numa excisão total o intestino delgado funcionará como reservatório para os alimentos, ou seja, funciona como “um novo estômago”. Numa gastrectomia parcial a porção que restou do estômago será suficiente se forem cumpridas as orientações dos profissionais de saúde.

Ilustração da remoção parcial do estômago

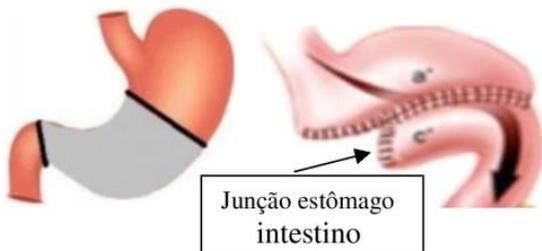


Ilustração da remoção total do estômago



Principal Complicação:

- Síndrome de Dumping.

É a passagem rápida dos alimentos presentes no estômago, para o intestino. Pode surgir logo após a ingestão de alimentos (30 a 60 minutos) ou após 2 a 3 horas. Esta complicação pode ser evitada/controlada se gerir o seu regime dietético.

Sintomas: palpitações, transpiração intensa, cansaço, sensação de plenitude gástrica (estômago cheio), diarreia, náuseas, cólicas abdominais, sensação de desmaio.

Orientações para gerir o seu regime dietético

Refeições

- Introduzir os alimentos de forma gradual, ou seja, começar com líquidos (chá e água);
- Aumentar gradualmente a quantidade de alimentos de acordo com a tolerância;
- Evitar as temperaturas extremas (nem muito quente nem muito frio);
- Realizar métodos simples de preparação e cozedura dos alimentos (ex: grelhados, cozidos);
- Mastigar bem os alimentos e comer lentamente;
- Realizar refeições frequentes e pequenas (mínimo seis refeições/dia);
- Manter um horário regular das refeições;
- Evitar os líquidos na hora das refeições;
- Ingerir os líquidos até 1 hora antes e depois das refeições.

Alimentos a evitar

- Sacarose (açúcar): ex: chocolates, produtos de confeitaria e pastelaria como os donuts, bolos entre outros;
- Produtos de salsicharia e fumeiro;
- Fritos, condimentos e apimentados;

Alimentos aconselhados:

- Ricos em proteínas (ovo, carne, peixe) conforme a tolerância;
- Preferir as carnes brancas ex: frango, peru e coelho;
- Peixe sem pele e gordura;
- Gordura (azeite) pode ser ingerida conforme a tolerância;
- Verduras Cozidas ou em puré de legumes;
- Arroz e massa, bolachas sem recheio.

Outras Orientações:

- Durante as refeições deve comer sentado;
- Deve assumir a posição para o lado esquerdo durante 20 a 30 minutos após as refeições (até não apresentar alterações gástricas);
- Alguns medicamentos contribuem para retardar o esvaziamento gástrico/intestinal (aconselhe-se com o seu médico).

Apêndice XX - Questionário de avaliação do conhecimento sobre regime dietético

Instrumento de Avaliação do Conhecimento sobre o Regime Dietético

Por favor, responda as questões fazendo uma cruz (X) na opção que melhor se aplica (verdadeiro/falso).

Itens	Verdadeiro	Falso	Observações
1. Conhecimento sobre os procedimentos do período pré e pós-operatório			
1.1. A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) 12 horas antes da cirurgia.			
1.2. A ingestão de alimentos deve ser interrompida (dieta 0) nos primeiros dias depois da operação.			
1.3. É colocada uma sonda nasogástrica nos primeiros dias após a cirurgia.			
1.4. É colocado soros através de uma veia após a cirurgia.			
1.5. Após a cirurgia o início da ingestão de alimentos acontece após o retorno dos ruídos intestinais/peristaltismo.			
2. Conhecimento sobre as estratégias de gestão do regime dietético/alimentar após a cirurgia.			
2.1. A introdução dos alimentos deve ser gradual, ou seja, começar com líquidos (Chá e água).			
2.2. A introdução dos alimentos deve ser em pequenas porções/quantidade.			
2.3. O aumento das porções/quantidades de alimentos será gradual, de acordo com a sua tolerância.			
2.4. São recomendadas no mínimo seis refeições diárias.			
2.5. São recomendadas refeições pobre em carboidratos simples/açúcares ex: refrigerante, mel, chocolates, entre outros.			
2.6. Os líquidos devem ser evitados na hora das refeições.			
2.7. Os líquidos podem ser ingeridos até 1 hora antes e depois das refeições.			
2.8. Na ingestão dos alimentos deve evitar a sacarose (açúcar) e glicose.			
2.9. A gordura (azeite) pode ser ingerida conforme a tolerância.			
2.10. As refeições devem conter mais alimentos secos.			
2.11. Na preparação e confecção dos alimentos deve recorrer a condimentos e apimentados.			
2.12. Durante as refeições os alimentos devem ser bem mastigados.			
2.13. Durante as refeições os alimentos devem ser ingeridos rapidamente.			
2.14. Existem medicamentos que contribuem para o atraso/demora do esvaziamento gástrico/intestinal.			

Itens	Verdadeiro	Falso	Observações
3. Conhecimento sobre as estratégias promotoras de uma digestão adequada.			
3.1. Está recomendado métodos simples de preparação e cozedura dos alimentos (ex: grelhados, cozidos).			
3.2. Existe recomendações sobre a temperatura de ingestão dos alimentos.			
3.3. Durante as refeições deve assumir a posição de sentado ou semi-sentado (semi-fowler).			
3.4. Após as refeições deve assumir a posição de decúbito lateral esquerdo (voltado para o lado esquerdo) durante 20 a 30 min até não apresentar alterações gástricas (ex. náuseas, diarreia)?			
3.5. A síndrome de dumping (sensação de enfartamento, desconforto, náuseas, diarreia) pode ser prevenido.			

O instrumento de avaliação do conhecimento sobre o regime dietético contempla três dimensões, nomeadamente a dimensão do conhecimento sobre os procedimentos do período pré e pós-operatório; a dimensão do conhecimento sobre as estratégias de gestão do seu regime dietético/alimentar após a cirurgia e estratégias promotoras de uma digestão adequada.

Consideramos que o doente tem um conhecimento efetivo quando o resultado obtido for igual ou superior a 75% para as respostas corretas. Caso contrário considera-se que o doente não tem conhecimento.