

## ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

## Validação de uma intervenção educacional para promover comportamentos de saúde nos sobreviventes de cancro: Técnica e-Delphi

*Validation of an educational intervention to promote health behaviors in cancer survivors: e-Delphi technique*

*Validación de una intervención educativa para promover comportamientos saludables en los supervivientes de cáncer: técnica e-Delphi*

Nuno Miguel dos Santos Martins Peixoto<sup>1,2,3</sup>

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

Tiago André dos Santos Martins Peixoto<sup>1,2,3</sup>

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

Cândida Assunção Santos Pinto<sup>3</sup>

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

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos<sup>3,4</sup>

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

<sup>1</sup> Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal

<sup>2</sup> Centro Hospitalar Universitário do Porto, Porto, Portugal

<sup>3</sup> Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

<sup>4</sup> Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal

### Resumo

**Enquadramento:** Embora as evidências internacionais demonstrem que a promoção da saúde melhora a qualidade de vida e otimiza vários comportamentos de saúde dos sobreviventes de cancro, os programas educacionais dirigidos aos sobreviventes de cancro em Portugal são escassos.

**Objetivos:** Validar o conteúdo e a estrutura de uma intervenção educacional em enfermagem para promover os comportamentos de saúde nos sobreviventes de cancro.

**Metodologia:** Conduziu-se um e-Delphi modificado, com três rondas de questionários *online*. Participaram 26 dos 30 enfermeiros peritos convidados.

**Resultados:** Os peritos chegaram a consenso para inclusão de 25 itens relacionados com a estrutura e 110 relacionados com o conteúdo. Os peritos admitiram uma intervenção de quatro a oito sessões presenciais, com possível inclusão de um familiar ou em grupo, reforçaram a ideia de preparação inicial dos enfermeiros, pronunciaram-se sobre os critérios de inclusão dos participantes e cimentaram a utilização da linguagem classificada para suportar o conteúdo.

**Conclusão:** O consenso obtido entre os peritos produz robustez e consistência à intervenção educacional em desenvolvimento e promoverá a saúde dos sobreviventes de cancro.

**Palavras-chave:** técnica delfos; enfermagem prática; enfermagem oncológica; estilo de vida saudável; promoção da saúde

### Abstract

**Background:** Although international evidence demonstrates that health promotion improves the quality of life and optimizes several health behaviors of cancer survivors, educational programs for cancer survivors are scarce in Portugal.

**Objectives:** To validate the content and structure of an educational nursing intervention to promote health behaviors in cancer survivors.

**Methodology:** A modified e-Delphi study was conducted with three rounds of online questionnaires. Twenty-six of the 30 invited expert nurses participated in the study.

**Results:** The experts reached a consensus to include 25 structure-related items and 110 content-related items. The experts considered that the intervention should include four to eight presentational sessions, with the possible inclusion of a family member, or in a group, reinforced the idea of nurses' initial preparation, discussed participant inclusion criteria, and strengthened the use of standardized language to support the contents.

**Conclusion:** The expert consensus adds robustness and consistency to this educational intervention and will promote the health of cancer survivors.

**Keywords:** delphi technique; nursing, practical; oncology nursing; healthy lifestyle; health promotion

### Resumen

**Marco contextual:** Aunque las pruebas internacionales demuestran que la promoción de la salud mejora la calidad de vida y optimiza varios comportamientos de salud de los supervivientes de cáncer, los programas educativos dirigidos a los supervivientes de cáncer en Portugal son escasos.

**Objetivos:** Validar el contenido y la estructura de una intervención educativa de enfermería para promover conductas de salud en los supervivientes de cáncer.

**Metodología:** Se realizó un e-Delphi modificado, con tres rondas de cuestionarios en línea. Participaron 26 de los 30 enfermeros expertos invitados.

**Resultados:** Los expertos llegaron a un consenso para incluir 25 elementos relacionados con la estructura y 110 con el contenido. Los expertos aceptaron una intervención de cuatro a ocho sesiones presenciales, con la posibilidad de incluir a un familiar o un grupo, reforzaron la idea de la preparación inicial de los enfermeros, opinaron sobre los criterios de inclusión de los participantes y cimentaron el uso de un lenguaje clasificado para apoyar el contenido.

**Conclusión:** El consenso alcanzado entre los expertos proporciona solidez y coherencia a la intervención educativa que se está desarrollando y promoverá la salud de los supervivientes de cáncer.

**Palabras clave:** técnica delfos; enfermería práctica; enfermería oncológica; estilo de vida saludable; promoción de la salud

### Autor de correspondência

Nuno Miguel dos Santos Martins Peixoto

E-mail: [nunomiguelpeixoto@gmail.com](mailto:nunomiguelpeixoto@gmail.com)

Recebido: 20.03.21

Aceite: 03.11.21



**Como citar este artigo:** Peixoto, N. M., Peixoto, T. A., Pinto, C. A., & Santos, C. S. (2022). Validação de uma intervenção educacional para promover comportamentos de saúde nos sobreviventes de cancro: Técnica e-Delphi. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(Supl. 1), e21051. <https://doi.org/10.12707/RV21051>



## Introdução

Atualmente existem mais de 50 milhões de sobreviventes de cancro e, mesmo com as medidas preventivas instituídas, o cancro será diagnosticado a mais 200 milhões de pessoas durante a próxima década (World Health Organization [WHO], 2020). As melhorias na gestão do cancro e a alta expectativa de vida conduziu a que os cuidados de sobrevivência se tornassem uma prioridade. A gestão dos efeitos adversos tardios do cancro e das necessidades psicossociais dos sobreviventes de longo prazo são cada vez mais importantes (WHO, 2020). Ainda que as pessoas diagnosticadas com cancro tenham maior risco de desenvolver um segundo cancro devido aos fatores de risco que levaram ao cancro primário, é possível que várias não morram por efeito direto do cancro, mas possam vir a morrer devido a causas que são modificáveis por meio de mudanças no estilo de vida ou por meio de atividades de prevenção secundárias (Vera et al., 2019). Alguns estudos mostram que os sobreviventes do cancro recebem menos recomendações sobre atividades preventivas do que as pessoas que nunca tiveram cancro (Vera et al., 2019) e envolvem-se em menos comportamentos saudáveis, como atividade física, alimentação saudável e controlo de peso, em comparação com a população em geral (Meraviglia et al., 2013). A promoção de comportamentos saudáveis nos sobreviventes de cancro parece assumir extrema relevância, uma vez que pode aumentar os recursos dos sobreviventes para a adoção de comportamentos de saúde e beneficiar a saúde física e psicológica, a qualidade de vida e a sobrevivência a longo prazo (Meraviglia et al., 2013). O desenvolvimento de novos modelos de atenção à sobrevivência é uma prioridade e as intervenções focadas no bem-estar estão no centro desses modelos (Stan et al., 2020). Os clínicos em oncologia têm tempo limitado para tratar algumas questões de saúde, portanto, a colaboração de enfermeiros especificamente treinados para educar e motivar as pessoas sobre comportamentos de bem-estar pode ajudar a preencher essa lacuna (Stan et al., 2020). Embora se encontrem na literatura internacional vários programas e intervenções em enfermagem dirigidas aos sobreviventes de cancro, em Portugal existe uma escassez de abordagens salutogénicas nesta população (Peixoto et al., 2021a). Nesse sentido, decidiu-se desenvolver uma intervenção educacional em enfermagem focada na otimização dos comportamentos de promoção de saúde nos sobreviventes de cancro. Para tal, conduziu-se uma sequência de estudos, sendo que este, o terceiro deste processo, visa validar o conteúdo e a estrutura da intervenção educacional em enfermagem para promover os comportamentos de saúde nos sobreviventes de cancro, com recurso a um grupo de peritos.

## Enquadramento

Nos últimos anos, várias organizações de referência internacional, nomeadamente a American Cancer Society [ACS], a American Society of Clinical Oncology [ASCO], o National Cancer Survivorship Resource Center

[NCSRC], entre outras, têm criado modelos de atenção à sobrevivência e publicaram planos de cuidados padronizados (PCP) para apoiar a transição da fase ativa da doença para a sobrevivência (Austin et al., 2020). Esses PCP têm demonstrado efetividade no aumento da confiança para gerir os cuidados, mudança nos comportamentos de saúde e melhorias nos indicadores de saúde em geral durante a fase de sobrevivência (Austin et al., 2020). A fase de sobrevivência é atualmente aceite e entendida como o período temporal que decorre após a conclusão do tratamento primário e adjuvante do cancro até à recorrência ou morte (León-Salas et al., 2020). Os cuidados aos sobreviventes de cancro objetivam monitorizar a recidiva do cancro, acompanhamento, gestão de problemas de saúde relacionados com a toxicidade do tratamento e avaliar o desenvolvimento de outros cancros (WHO, 2020). São categorizados em: (1) gestão dos efeitos físicos, (2) gestão dos efeitos psicossociais, (3) gestão das condições médicas crónicas, (4) prevenção e vigilância de recorrência e novos cancros e (5) promoção da saúde e prevenção de doenças (WHO, 2020). Contudo, ainda que essa categorização distribua atenções entre a promoção da saúde e a gestão, vigilância e monitorização da doença, nesta fase, impera uma grande preocupação clínica relacionada com a recidiva do cancro. Por esse motivo, vários padrões clínicos apontam como uma prioridade das consultas de acompanhamento a pesquisa de marcadores tumorais e a deteção da recidiva (Vera et al., 2019). No entanto, e embora os sobreviventes tenham maior risco de recorrência e de ocorrência de um novo cancro do que a população em geral, também outras doenças, agudas ou crónicas, podem surgir em consequência do cancro e do tratamento e comprometer a sua qualidade de vida (ACS, 2019). Internacionalmente, alguns programas de intervenção em enfermagem destinados a promover a saúde, e por consequência, minimizar/gerir os efeitos adversos do cancro e tratamentos, com vantagens na prevenção de doenças cardiovasculares, diabetes e outros tipos de cancro, têm assumido destaque (Cairo et al., 2020; León-Salas et al., 2020). Têm sido publicados dados consistentes de estudos científicos recentes que mostram o efeito benéfico das mudanças na atividade física e nutrição após o cancro. Apontam, por exemplo, que a atividade física melhora a saúde cardíaca e diminui o risco de osteoporose, e pode ser útil para atenuar os efeitos cardiotoxicos da quimioterapia e outros efeitos de longo prazo do tratamento, e que hábitos alimentares saudáveis reduzem os fatores de risco cardiovasculares e melhoram o peso corporal (Vera et al., 2019). Efetivamente, o desafio dos enfermeiros passa a ser o de otimizar a saúde dos sobreviventes, melhorando a sua envolvimento em atividades que possam gerir as consequências tardias da doença e promovam a saúde. Nos últimos anos, tem sido destaque os programas e intervenções dos enfermeiros que se relacionam com a alimentação saudável (Knobf et al., 2018), a atividade física (Stan et al., 2020), a manutenção de um peso adequado (Krusche et al., 2019) e a cessação tabágica (Ehrenzeller et al., 2018) nos sobreviventes de cancro. Paralelamente, a literatura salienta que os enfermeiros em oncologia, contribuem

para ganhos significativos ao longo de todo o *continuum* de cuidados (Oncology Nursing Society [ONS], 2017). Os enfermeiros podem e devem fazer parte de equipas multidisciplinares que iniciam e implementam planos de cuidados aos sobreviventes, particularmente os que focam a gestão de sintomas e o apoio psicossocial (Young et al., 2020). Nesse sentido, e dadas as complexas necessidades das pessoas com cancro, é exigido aos enfermeiros um profundo conhecimento, alto nível de envolvimento com equipas multiprofissionais, pensamento crítico, autorreflexão e habilidades clínicas, a fim de garantir uma prestação de cuidados segura e de reconhecida qualidade (Gaguski et al., 2017). Na fase ativa da doença, o contexto da prática de cuidados é sustentado num corpo de conhecimentos sólido, cientificamente evoluído e altamente tecnológico, sobretudo no que se relaciona com os tratamentos e com a rápida integração da investigação na prática clínica. Essa inovação científica estimula os enfermeiros a uma constante atualização para atingir e manter um alto nível de competência que permita cuidar de forma holística e segura das pessoas com cancro. Ao invés do que se passa na fase ativa, na fase pós tratamento os cuidados não estão tão bem estruturados, os utentes ficam perdidos nessa transição, perdem apoios associados ao contacto regular com os sistemas de saúde e o suporte profissional revela-se insuficiente (Hewitt et al., 2006). Contrariamente ao proposto e desenvolvido internacionalmente, a revisão realizada por Peixoto et al. (2021a) aponta que as evidências nacionais sobre programas e intervenções dirigidas à promoção da saúde nos sobreviventes de cancro, produzidas por enfermeiros, são escassas. Neste âmbito, optou-se por auscultar um grupo de enfermeiros peritos em oncologia, capazes de, devido ao seu desenvolvimento académico, científico e profissional, validar a estrutura e o conteúdo da intervenção educacional em enfermagem que se tem vindo a desenvolver. Os dados obtidos junto destes acrescentarão robustez e consistência à intervenção educacional em desenvolvimento, e promoverão a saúde dos sobreviventes de cancro.

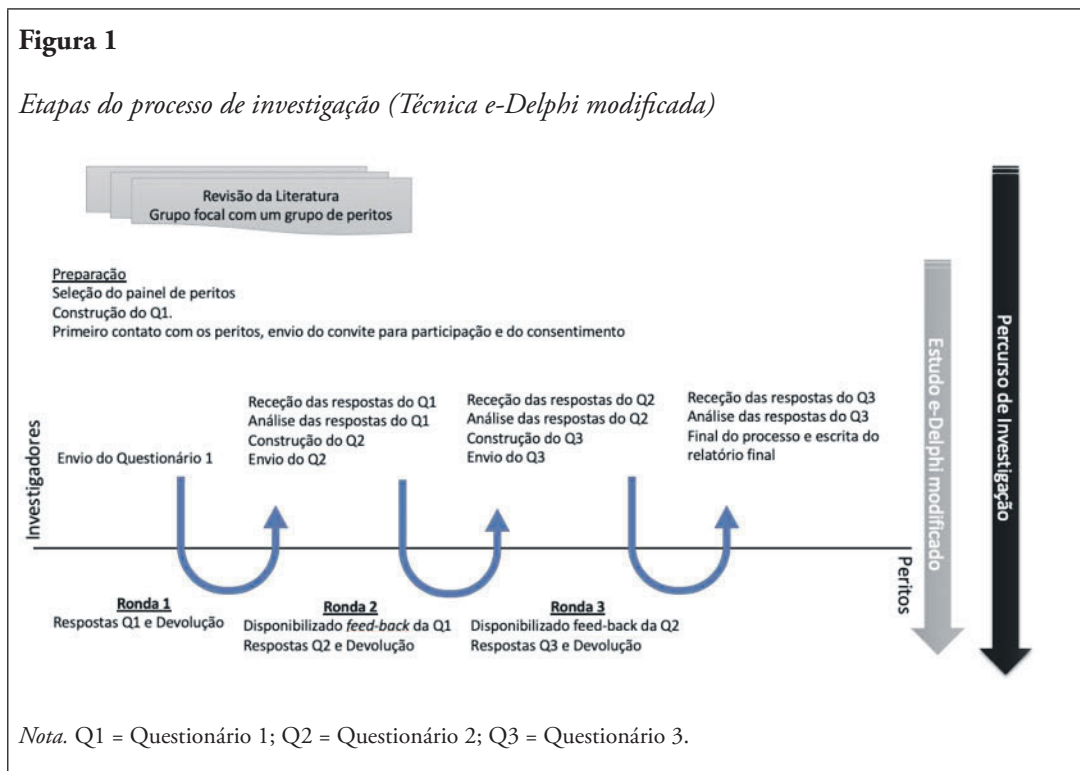
## Questão de Investigação

Qual a validade de conteúdo e estrutura da intervenção educacional em enfermagem para promover os comportamentos de saúde nos sobreviventes de cancro?

## Metodologia

Foi desenvolvido um estudo multietápico de acordo com

as recomendações metodológicas da técnica e-Delphi modificada (Keeney et al., 2011). A opção por esta técnica baseou-se no facto de a mesma permitir um processo de interação e diálogo à distância entre os peritos, capaz de produzir um consenso sobre a validade da intervenção educacional em desenvolvimento (Keeney et al., 2011). Decidiu-se utilizar questionários digitais para a colheita de dados, enviados aos participantes através de correio eletrónico, por forma a rentabilizar tempo e recursos, por permitir uma gestão de dados mais simples e pela facilidade de utilização. Foi utilizada uma técnica modificada, porque se iniciou o processo com um conjunto de itens pré-selecionados e extraídos dos achados dos estudos anteriormente realizados, nomeadamente uma revisão da literatura (Peixoto et al., 2021a) e uma reunião de *focus group* com um grupo de peritos (Peixoto et al., 2021b). A finalidade do presente estudo é encontrar consenso sobre a estrutura e conteúdo da intervenção educacional em enfermagem. A amostra foi constituída por 30 enfermeiros especialistas, considerados peritos pelos investigadores. Os critérios de inclusão dos participantes foram baseados nas recomendações metodológicas propostas por Keeney et al. (2011) e sincronizados com a definição de peritos do estudo anterior (Peixoto et al., 2021b). Para satisfazerem os critérios de inclusão os participantes teriam de: a) ter o título de enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros, e b) apresentar pelo menos um dos seguintes critérios: (1) ser enfermeiro-chefe de um serviço que preste assistência a pacientes oncológicos há pelo menos 5 anos, (2) exercer atividade profissional com pacientes oncológicos há pelo menos 5 anos, (3) exercer atividade letiva no âmbito da promoção da saúde e/ou gestão da doença crónica/oncológica há pelo menos 5 anos, (4) ter realizado, pelo menos, um trabalho de investigação na área da promoção da saúde nos últimos 5 anos, (5) ter realizado, pelo menos, um trabalho de investigação na área da gestão da doença nos últimos 5 anos ou (6) ter realizado, pelo menos, um trabalho de investigação na área da oncologia nos últimos 5 anos. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes em todas as fases do estudo. Todos os participantes aceitaram e consentiram participar no estudo, preenchendo um consentimento informado. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética partilhada do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto e do Centro Hospitalar Universitário do Porto, com o código 2020/CE/P018(P330/CETI/ICBAS). O procedimento de implementação deste estudo com base técnica e-Delphi modificada ocorreu em várias etapas. Segundo a literatura consultada as mesmas podem organizar-se da seguinte forma (Figura 1; Marques & Freitas, 2018):



1) Seleção do painel de peritos: Foi realizada uma amostra intencional não probabilística. Por se desejar uma amostra heterogénea, capaz de produzir melhores soluções, foram incluídos peritos da prática clínica e académicos. Quanto ao número de peritos a incluir, não existe consenso, mas defende-se um número mínimo de 10 e inferior a 30 (Marques & Freitas, 2018). Nesse sentido, podem obter-se consensos se existirem 15 ou mais respostas em cada ronda. Como havia a possibilidade de alguns participantes não responderem ou desistirem ao longo das rondas, optou-se por convidar os mesmos 30 peritos para todas as rondas. 2) Construção do Questionário 1 (Q1): Foi construído um questionário semiestruturado, dividido em quatro áreas: (i) estrutura da intervenção educacional, (ii) critérios de exclusão dos participantes na intervenção educacional, (iii) focos de atenção de enfermagem e (iv) intervenções de enfermagem. Nesse questionário foi oferecida a possibilidade de os peritos poderem dar sugestões livres sobre os temas. As opções referentes à estrutura da intervenção e aos critérios de exclusão dos participantes foram consubstanciadas pelos achados dos estudos anteriormente realizados (Peixoto et al., 2021a; Peixoto et al., 2021b). As áreas referentes aos focos de atenção e intervenções de enfermagem foram construídas com base na Linguagem Classificada para a Prática de Enfermagem, de forma a normalizar o conteúdo da intervenção. 3) Primeiro contacto com os peritos, envio do convite para participação e do consentimento informado: O primeiro contacto ocorreu por via e-mail no dia 03 de outubro de 2020 e consistiu no envio do convite e do consentimento informado. No convite, foi assegurado o anonimato, de forma a captar a opinião e o conhecimento de todos os peritos do painel e evitar as distorções associadas às interações entre participantes. Foi enviado o consentimento informado e ex-

plificados todos os procedimentos da investigação. 4) Envio do Q1: Antes do envio, o Q1 foi submetido a um pré-teste para avaliar a compreensibilidade dos itens do questionário e a metodologia de contacto estabelecida com dois elementos externos à equipa de investigação que cumpriam os requisitos de perito. Após análise do pré teste e reconfigurados pequenos pormenores linguísticos, o Q1 foi enviado aos participantes, juntamente com o convite e o consentimento, de forma a rentabilizar tempo e recursos. Foi enviado em formato digital através de uma plataforma de construção de questionários *online* (GoogleDocs®). Aos participantes do estudo foi pedido que classificassem a importância de cada item em uma escala Likert de cinco pontos, com a pontuação de 5 a representar o mais alto grau de concordância. 5) Receção das respostas do Q1: Três semanas após o envio do Q1 (24 de outubro de 2020) o acesso ao Q1 foi bloqueado, ficando provisoriamente impossível alterar ou dar novas respostas. As respostas foram organizadas e encaminhadas para análise. 6) Análise das respostas do Q1: Como os questionários apresentados disponibilizavam uma opção para que os peritos pudessem comentar, sugerir alterações e/ou argumentar a favor das suas posições, a análise qualitativa passou pela análise de conteúdo dos pequenos excertos de texto de acordo com os pressupostos metodológicos de Bardin (2011). Nesse sentido foram criadas unidades de registo/contexto e categorias, de forma a identificar itens a incluir na Ronda 2. A análise quantitativa consistiu na análise estatística das apreciações dos peritos sobre cada um dos itens, nomeadamente a média (Me), mediana (Md), desvio padrão ( $s$ ), Índice de Validade de Conteúdo (IVC), Coeficiente de Variação (CV) e Percentagem de respostas 1 e 2. O IVC é igual à divisão do nº de respostas com classificação 4 e 5 pelo nº total de respostas. Como não existe um nível de

concordância definido universalmente para formulação de consenso em investigações que utilizam o método Delphi foi tomada a decisão de determinar a definição de consensos para inclusão e exclusão dos itens (Tabela 1). Alguns autores defendem que mais importante que o consenso, é a estabilidade das respostas dos participantes ao longo das rondas que pode levar ao termo das rondas

(Martins & Theóphilo, 2007). A estabilidade das respostas pode ser calculada por meio do cálculo do coeficiente de variação (CV). Assim, determina-se que: há baixa dispersão (dados homogêneos) de respostas para valores de CV menores que 15%, média dispersão para valores entre 15 e 30% e alta dispersão (dados heterogêneos) se CV for superior a 30%.

**Tabela 1**

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

CONSENSO	DEFINIÇÃO
Consenso para incluir o item	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% das respostas com classificação maior ou igual 4 (escala likert 1-5). (<math>IVC \times 100 \geq 80\%</math>) e</li> <li>• Mediana maior ou igual a 4 (escala likert 1-5) e</li> <li>• Nenhum perito tenha identificado ambiguidade ou incompreensão do item</li> </ul>
Consenso para excluir o item	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80% das respostas com classificação menor ou igual a 2 (escala likert 1-5) ou</li> <li>• Mediana menor ou igual a 2 (escala likert 1-5)</li> </ul>
Sem consenso	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Todos os outros itens</li> </ul>

*Nota.* IVC = Índice de validade de conteúdo.

7) Construção e envio do Questionário 2 (Q2) com feedback: Foi construído um relatório detalhado sobre o Q1 para enviar aos peritos. A construção do Q2 baseou-se na reorganização dos itens do Q1, considerando que os itens que alcançaram consenso entre os participantes, quer para inclusão quer para exclusão, foram eliminados no Q2. Foram incluídos novos itens, que foram sugeridos pelos participantes na Q1. O Q2 foi enviado aos participantes, juntamente com o resumo da análise dos itens do Q1 no dia 04 de novembro. 8) Receção e análise das respostas do Q2: Três semanas após o envio do Q2 (25 de novembro de 2020) o acesso ao Q2 foi bloqueado. As respostas foram organizadas e encaminhadas para análise, utilizando um procedimento semelhante ao realizado para o Q1. 9) Construção e envio do Questionário 3 (Q3) com feedback: O Q3 foi construído à semelhança do processo de construção do Q2. Foi enviado no dia 01 de dezembro de 2020. 10) Receção e análise das respostas ao Q3: Três semanas após o envio do Q3 (22 de dezembro de 2020) o acesso ao Q3 foi bloqueado. As respostas foram organizadas e encaminhadas para análise. Nesta última ronda, os itens sem consenso foram excluídos. 11) Final do processo e escrita do relatório final: Foi elaborado relatório final com caracterização dos participantes (Tabela 2) e análise quantitativa das três rondas (Tabela 3, 4 e 5).

## Resultados

O painel de peritos foi constituído por 26 participantes. Quatro peritos convidados não participaram em nenhuma

ronda. Os participantes geraram 51 respostas aos questionários enviados (18 respostas na Ronda 1, 18 na Ronda 2 e 15 na Ronda 3). O estudo concluiu-se ao fim de três rondas de questionários, uma vez que os dados do Q3 apresentavam alta dispersão. Nas três rondas obtiveram-se pelo menos 15 respostas, cumprindo-se o requisito mínimo de participantes. As características dos intervenientes são apresentadas na Tabela 2. Ao longo das três rondas, os participantes chegaram a consenso para inclusão de 25 itens relacionados com a estrutura e 110 relacionados com o conteúdo. Na Ronda 1, foram incluídos 108 itens (INC) e excluídos 17 itens (EXC; Tabela 3), na Ronda 2 foram incluídos 27 itens e excluídos 12 itens (Tabela 4), na Ronda 3 foi excluído um item e todos os outros foram eliminados por não obterem consenso (S/CON) nas três rondas e por apresentarem alta dispersão/dados heterogêneos ( $CV > 30\%$ ). Após cada ronda foram adicionados itens novos à ronda seguinte (código: NOVO). Os itens que não obtiveram consenso passaram para a ronda seguinte. Na generalidade, os resultados apontam para elevada concordância para inclusão (INC) das intervenções de enfermagem normalizadas em análise. Apesar da grande variabilidade de intervenções, as mesmas enquadram-se com os focos de atenção em debate e podem validar a construção de um conteúdo de suporte da intervenção educacional. Interessante foi o facto de que, embora os critérios de exclusão dos participantes tenham derivado dos estudos anteriormente realizados (Peixoto et al., 2021a; Peixoto et al., 2021b), os peritos consideraram que a intervenção deve ser adaptada a várias condicionantes dos participantes e não limitativa.

Tabela 2

## Características dos participantes

		Ronda 1	Ronda 2	Ronda 3
<b>Total de participantes</b>		<b>18</b>	<b>18</b>	<b>15</b>
<b>Género</b>	Masculino	2	5	5
	Feminino	16	13	10
<b>Idade [média]</b>		<b>42,7</b>	<b>43,6</b>	<b>40</b>
<b>Anos de experiência profissional [média]</b>		<b>20,5</b>	<b>20,9</b>	<b>17,2</b>
<b>Habilitação académica</b>	Licenciatura	6	6	3
	Mestrado	7	8	8
	Doutoramento	5	6	4
	<b>Prática Clínica</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>9</b>
<b>Atividade profissional principal</b>	Hospital de Dia	2	3	1
	Internamento	7	5	7
	Bloco Operatório	1	0	0
	Comissão Controlo de Infecção	1	0	0
	Consulta Externa	1	2	1
	<b>Docência</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>4</b>
	<b>Órgãos de Gestão / Chefia / Dep. Qualidade</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>

Tabela 3

## Resultados da análise quantitativa da Ronda 1

Item	Me	Md	IVC (%)	s	CV (%)	% de Respostas 1 ou 2	CONSENSO
<b>1. Estrutura da intervenção</b>							
<b>1.1. Estratégias da intervenção educacional</b>							
Sessão individual	4	4	88,9	0,8	21	11,1	INC
Sessões individuais com um familiar	4,1	4	88,9	0,7	17,9	5,6	INC
Sessões individuais e de grupo	4,4	5	83,3	0,9	20,9	5,6	INC
Sessões individuais e de grupo com um familiar	3,7	4	61,1	1,1	28,9	16,7	-
<b>1.2. Tipo de contactos a estabelecer</b>							
Consulta presencial na instituição de saúde	4,2	4	88,9	0,6	14,8	0	INC
Telefónico (telefonema de acompanhamento)	4,3	4	94,4	0,8	17,7	5,6	INC
<b>1.3. Número de sessões/contactos</b>							
1 sessão/contacto	1,4	1	5,6	0,9	63,8	83,3	EXC
<b>1.4. Duração das sessões/contactos</b>							
Sessões/contactos de 60-90 minutos	2,1	2	22,2	1,2	56	72,2	EXC
<b>1.5. Frequência das sessões/contactos</b>							
3 sessões/contactos por semana	1,9	2	0	0,9	44,9	66,7	EXC
4 ou mais sessões/contactos por semana	1,7	1	0	0,8	50,4	77,8	EXC
<b>1.6. Início da intervenção</b>							
Precisamente na última sessão de tratamento	2,2	2	22,2	1,2	52,5	66,7	EXC
Na primeira semana após o fim do tratamento	2,6	2	33,3	1,3	52,4	55,6	EXC
Entre a segunda e a quarta semana após o fim do tratamento	2,2	2	11,1	1	45,5	66,7	EXC
Um mês após o fim do tratamento	1,9	1	11,1	1,3	69,4	72,2	EXC

Dois a três meses após o fim dos tratamentos	1,8	1	11,1	1,1	59,9	72,2	EXC
<b>1.7. Preparação dos enfermeiros</b>							
Permitir a participação dos enfermeiros em sessões de formação	4,4	4	100	0,5	11,5	0	INC
Traçar guias orientadores para os contactos/consultas	4,7	5	100	0,5	10,4	0	INC
Permitir que o enfermeiro possa explorar aspetos individuais do cliente e família	4,6	5	94,4	0,6	13,5	0	INC
Permitir que o enfermeiro trace um plano individualizado de cuidados	4,7	5	100	0,5	10,4	0	INC
Disponibilizar informação científica para os enfermeiros fornecerem aos clientes	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
Possibilitar o apoio do investigador	4,3	4,5	83,3	0,8	17,7	0	INC
<b>2. Critérios de exclusão dos participantes na intervenção</b>							
Estar na fase de tratamento à doença oncológico (quimioterapia ou radioterapia)	2,4	2	22,2	1,1	47,9	72,2	EXC
Existir evolução da doença (metástases)	2,9	2	44,4	1,3	45,8	55,6	EXC
Não ser adulto (< 18 ou > 65 anos)	2,8	2	38,9	1,4	50,3	55,6	EXC
Ser analfabeto (não saber ler e/ou escrever)	1,8	2	5,6	1	56,4	88,9	EXC
Ser cuidador de pessoa dependente	2	2	11,1	1	48,5	77,8	EXC
Ter alteração da capacidade física que lhe impeça deslocar-se até ao hospital e/ou caminhar sem ajuda por 15 minutos.	2,3	2	11,1	1	44,7	72,2	EXC
Ter sido diagnosticado com mais do que um cancro	1,9	2	5,6	0,9	44,9	77,8	EXC
Ter um cuidador	2,2	2	16,7	1	48,1	72,2	EXC
<b>3. Focos de atenção de enfermagem</b>							
<b>3.1. DOMÍNIO: Mudança de comportamento em saúde</b>							
Aceitação do estado de saúde (ICNP code: 10044273)	4,5	5	94,4	0,8	17,5	5,6	INC
Adesão (ICN code: 10030298)	4,2	4	83,3	0,9	20,8	5,6	INC
Adesão ao regime terapêutico (ICN code: 10030365)	4,6	5	94,4	0,6	13,5	0	INC
Atitude face ao estado de saúde (ICN code: 10040627)	4,6	5	100	0,5	11,2	0	INC
Autoeficácia (ICN code: 10024911)	4,7	5	100	0,5	10,4	0	INC
Autogestão do risco de doença (ICN code: 10035255)	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
Barreiras à adesão (ICN code: 10024768)	4,4	4	94,4	0,6	13,8	0	INC
Capacidade para manter a saúde (ICN code: 10000081)	4,4	4	94,4	0,6	13,8	0	INC
Conhecimento sobre a saúde (ICN code: 10008753)	4,5	4,5	100	0,5	11,4	0	INC
Conhecimento sobre processo de mudança de comportamento (ICN code: 10024907)	4,6	5	100	0,5	10,9	0	INC
Consciencialização (ICN code: 10003083)	4,7	5	100	0,5	9,8	0	INC
Crença de saúde (ICN code: 10022058)	4,4	5	83,3	0,8	17,6	0	INC
Iniciativa (ICN code: 10010250)	4,1	4	83,3	0,9	23,1	11,1	INC
Significado dificultador (ICN code: 10023900)	4,3	4	94,4	0,6	13,7	0	INC
<b>3.2. DOMÍNIO: Comportamentos de promoção de saúde</b>							
<b>3.2.1. Exercício físico</b>							
Adesão ao regime de exercício (ICN code: 10030320)	4,4	4,5	88,9	0,7	15,9	0	INC
Atitude face ao regime de exercício (ICN code: 10023549)	4,5	5	88,9	0,7	15,7	0	INC
Conhecimento sobre regime de exercício (ICN code: 10023793)	4,4	5	88,9	0,7	15,9	0	INC
Fazer exercício (ICN code: 10007315)	4,2	4	88,9	0,8	19,1	5,6	INC
Gerir regime de exercício (ICN code: 10023890)	4,4	4	94,4	0,6	13,9	0	INC
Regime de exercício (ICN code: 10023667)	4,2	4	83,3	0,7	17,3	0	INC
<b>3.2.2. Nutrição e dieta</b>							
Adesão ao regime dietético (ICN code: 10030312)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Atitude face ao regime dietético (ICN code: 10022418)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Atitude face ao status nutricional (ICN code: 10002976)	4,3	4	88,9	0,7	15,8	0	INC
Conhecimento sobre regime dietético (ICN code: 10021902)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC

Ingestão de alimentos (ICN code: 10008101)	4,2	4	88,9	0,8	19,1	5,6	INC
Ingestão nutricional (ICN code: 10013403)	4,3	4	88,9	0,7	15,6	0	INC
Regime dietético (ICN code: 10005951)	4,3	4	88,9	0,7	15,8	0	INC
<b>3.2.3. Status ponderal</b>							
Autocontrolo (ICN code: 10017690)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Autogestão (ICN code: 10046837)	4,3	4	88,9	0,7	15,8	0	INC
Automonitorização (ICN code: 10052146)	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
<b>3.2.4. Consumo de substâncias aditivas</b>							
Abuso de substâncias (ICN code: 10018992)	4,3	4,5	83,3	0,8	17,7	0	INC
Abuso do álcool (ICN code: 10002137)	4,6	5	94,4	0,6	13,5	0	INC
Abuso do tabaco (ICN code: 10019766)	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
Cessaçãotabágica (ICN code: 10038756)	4,4	5	88,9	0,7	15,9	0	INC
Conhecimento sobre abuso de drogas (ICN code: 10042576)	4,3	4	88,9	0,7	15,8	0	INC
Conhecimento sobre abuso do álcool (ICN code: 10042553)	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
Dependência do álcool (ICN code: 10041375)	4,3	4	88,9	0,7	15,6	0	INC
Disponibilidade para cessaçãotabágica (ICN code: 10038610)	4,5	5	88,9	0,7	15,7	0	INC
Gerir abuso de substâncias (ICN code: 10050879)	4,3	4	94,4	0,6	13,7	0	INC
Gerir abuso do álcool (ICN code: 10050674)	4,4	4	94,4	0,6	13,8	0	INC
<b>3.2.5. Utilização de recursos de saúde</b>							
Apoio da família (ICN code: 10023680)	4,9	5	100	0,3	6,6	0	INC
Apoio social (ICN code: 10018434)	4,8	5	100	0,4	9	0	INC
Apoio espiritual (ICN code: 10027033)	4,3	5	83,3	0,9	20,9	5,6	INC
Comportamento de procura de saúde (ICN code: 10008782)	4,6	5	94,4	0,6	13,2	0	INC
Papel de apoio social (ICN code: 10026979)	4,3	4,5	83,3	0,9	20,9	5,6	INC
Serviço comunitário (ICN code: 10027359)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Serviço de autoajuda (ICN code: 10038760)	4,3	4,5	83,3	0,8	17,7	0	INC
<b>4. Intervenções de enfermagem</b>							
<b>4.1. DOMÍNIO: Mudança de comportamento em saúde</b>							
Apoiar processo de tomada de decisão (ICN code: 10024589)	4,7	5	100	0,5	9,8	0	INC
Avaliar preferências (ICN code: 10040586)	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
Contratualizar para adesão (ICN code: 10024349)	4,5	5	88,9	0,9	19,1	5,6	INC
Ensinar família sobre comportamento de procura de saúde (ICN code: 10033119)	4,7	5	100	0,5	9,8	0	INC
Ensinar sobre comportamento de procura de saúde (ICN code: 10032956)	4,8	5	100	0,4	9	0	INC
Ensinar sobre controlo de impulsos (ICN code: 10036148)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Ensinar sobre prevenção de recaída (ICN code: 10038668)	4,6	5	100	0,5	10,9	0	INC
Estabelecer confiança (ICN code: 10024396)	4,6	5	88,9	0,8	18,4	5,6	INC
Estabelecer prioridades do regime (de tratamento) (ICN code: 10024438)	4,4	5	88,9	0,9	19,3	5,6	INC
Facilitar acesso ao tratamento (ICN code: 10024401)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Promover autoeficácia (ICN code: 10035962)	4,8	5	100	0,4	9	0	INC
Promover autoestima (ICN code: 10024455)	4,8	5	100	0,4	7,9	0	INC
Promover estabelecimento de limites (ICN code: 10026334)	4,3	4	83,3	0,8	17,6	0	INC
Reforçar adesão (ICN code: 10024562)	4,5	5	88,9	0,9	19,1	5,6	INC
Reforçar autoeficácia (ICN code: 10022537)	4,6	5	88,9	0,8	18,4	5,6	INC
Reforçar capacidades (ICN code: 10026436)	4,6	5	88,9	0,7	15,1	0	INC
Reforçar comportamento positivo (ICN code: 10036176)	4,7	5	100	0,5	10,4	0	INC
Reforçar consecução de objetivos (ICN code: 10026427)	4,6	5	94,4	0,6	13,5	0	INC
Reforçar controlo de impulsos (ICN code: 10036107)	4,4	4,5	88,9	0,7	15,9	0	INC



Reforçar definição de prioridades (ICN code: 10026188)	4,4	5	88,9	0,9	19,3	5,6	INC
Reforçar regime comportamental (ICN code: 10039002)	4,4	5	88,9	0,9	19,3	5,6	INC
<b>4.2. DOMÍNIO: Comportamentos de promoção de saúde</b>							
<b>4.2.1. Exercício físico</b>							
Ensinar como aumentar a tolerância à atividade (ICN code: 10024660)	4,3	4	88,9	0,7	15,8	0	INC
Ensinar sobre exercício (ICN code: 10040125)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Ensinar sobre fadiga (ICN code: 10050996)	4,6	5	94,4	0,6	13,2	0	INC
Promover adesão ao regime de exercício (ICN code: 10041628)	4,6	5	94,4	0,6	13,5	0	INC
<b>4.2.2. Nutrição e dieta</b>							
Colaborar no regime dietético (ICN code: 10026190)	4,3	4	88,9	0,7	15,6	0	INC
Ensinar sobre dieta (ICN code: 10046533)	4,8	5	100	0,4	9	0	INC
Ensinar sobre nutrição (ICN code: 10024618)	4,6	5	100	0,5	11,2	0	INC
Ensinar sobre padrão alimentar (ICN code: 10032918)	4,7	5	100	0,5	10,4	0	INC
Promover ingestão nutricional positiva (ICN code: 10051875)	4,6	5	94,4	0,6	13,5	0	INC
<b>4.2.3. Status ponderal</b>							
Colaborar com nutricionista (ICN code: 10040435)	4,3	4	94,4	1	22,4	5,6	INC
Ensinar a automonitorizar status ponderal (ICN code: 10046994)	4,6	5	100	0,5	11,2	0	INC
Ensinar sobre peso efetivo (ICN code: 10033001)	4,2	4	88,9	0,8	19,1	5,6	INC
Promover status nutricional positivo (ICN code: 10050920)	4,3	5	83,3	0,9	20,9	5,6	INC
Referenciar para nutricionista (ICN code: 10046788)	4,7	5	100	0,5	10,4	0	INC
<b>4.2.4. Consumo de substâncias aditivas</b>							
Ensinar sobre abuso de drogas (ICN code: 10044916)	4,3	4	88,9	0,7	15,8	0	INC
Ensinar sobre abuso de substâncias (ICN code: 10024639)	4,4	5	88,9	0,7	15,9	0	INC
Ensinar sobre abuso do álcool (ICN code: 10044900)	4,4	4	100	0,5	11,5	0	INC
Ensinar sobre cessação tabágica (ICN code: 10038647)	4,6	5	100	0,5	10,9	0	INC
Ensinar sobre uso do tabaco (ICN code: 10038843)	4,4	4	100	0,5	11,4	0	INC
Promover cessação tabágica (ICN code: 10050954)	4,6	5	100	0,5	10,9	0	INC
Referenciar para profissional de saúde (ICN code: 10032567)	4,4	5	88,9	0,7	15,9	0	INC
<b>4.2.5. Utilização de recursos de saúde</b>							
Ensinar sobre processo familiar (ICN code: 10036153)	4,3	5	83,3	1	23,8	11,1	INC
Ensinar sobre serviço de saúde (ICN code: 10050965)	4,7	5	100	0,5	9,8	0	INC
Promover apoio social (ICN code: 10024464)	4,6	5	100	0,5	10,9	0	INC
Promover processo familiar efetivo (ICN code: 10036084)	4,7	5	100	0,5	9,8	0	INC
Providenciar apoio social (ICN code: 10027046)	4,6	5	94,4	0,6	13,5	0	INC
Referenciar para serviço comunitário (ICN code: 10038385)	4,6	5	94,4	0,6	13,2	0	INC
Referenciar para terapia de grupo (ICN code: 10024558)	4,4	5	83,3	0,8	17,7	0	INC
Referenciar para terapia ocupacional (ICN code: 10026415)	4,4	5	83,3	0,8	17,7	0	INC

Nota. Me = Média; Md = Mediana; IVC = Índice de validade de conteúdo; s = Desvio padrão; CV = Coeficiente de variação; INC = Consenso para incluir o item; EXC = Consenso para excluir o item.

**Tabela 4**

*Resultados da análise quantitativa da Ronda 2*

Item	Me	Md	IVC (%)	s	CV (%)	% de Respostas 1 ou 2	CONSENSO
<b>1. Estrutura da intervenção</b>							
<b>1.1. Estratégias da intervenção educacional</b>							
Sessões de grupo	4,3	4	88,9	0,8	19,3	5,6	INC
<b>1.2. Tipo de contactos a estabelecer</b>							

Consulta domiciliária	4,2	4	83,3	0,7	17	0	INC
Envio de mensagens escritas (sms/email)	3,8	4	83,3	1	25,7	11,1	INC
<b>1.3. Número de sessões/contactos</b>							
4-8 sessões/contactos	4,3	4	88,9	0,8	19,3	5,6	INC
8-16 sessões/contactos	2,3	2	5,6	0,9	38,9	66,7	EXC
<b>1.4. Duração das sessões/contactos</b>							
NOVO: Sessões/contactos de 15-30 minutos (se individual)	4,3	4,5	88,9	0,8	19,4	5,6	INC
NOVO: Sessões/contactos de 30-45 minutos (se individual)	2,7	2	33,3	1,3	47,1	55,6	EXC
NOVO: Sessões/contactos de 45-60 minutos (se individual)	2,3	2	22,2	1,1	48,5	72,2	EXC
NOVO: Sessões/contactos de 15-30 minutos (se em grupo)	2,1	2	16,7	1,1	54	72,2	EXC
NOVO: Sessões/contactos de 45-60 minutos (se em grupo)	4,3	5	83,3	1,3	29,6	16,7	INC
<b>1.5. Frequência das sessões/contactos</b>							
1 sessão/contacto por semana	4,5	4,5	100	0,5	11,4	0	INC
2 sessões/contactos por semana	2,5	2	22,2	1,2	46	61,1	EXC
<b>1.6. Início da intervenção</b>							
Nas últimas sessões do tratamento	4,3	4	94,4	0,8	17,6	5,6	INC
<b>1.7. Preparação dos enfermeiros</b>							
Admitir a supervisão do investigador	4,3	4,5	83,3	0,9	20,9	5,6	INC
NOVO: Possibilitar um <i>debriefing</i> entre enfermeiro e o investigador	4,6	5	94,4	0,8	17,2	5,6	INC
<b>2. Critérios de exclusão dos participantes na intervenção</b>							
Estar na fase paliativa da doença oncológica	4,2	5	83,3	1,2	30	16,7	INC
Ter alteração da capacidade cognitiva que não lhe permita a tomada de decisão e/ou lhe limite a compreensão da informação que lhe é transmitida	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
Ter realizado cirurgia de extração de tumor ou tecidos há menos de 1 mês.	4	4	83,3	0,9	22,7	11,1	INC
NOVO: Ter um diagnóstico de doença psiquiátrica não compensada	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
NOVO: Não ser adulto (< 18 anos)	3,7	4	66,7	1,4	38,6	33,3	-
<b>3. Focos de atenção de enfermagem</b>							
<b>3.1. DOMÍNIO: Mudança de comportamento em saúde</b>							
Comportamento de procura de saúde (ICN code:10008782)	4,7	5	94,4	0,6	12,2	0	INC
Manter saúde (ICN code: 10046580)	4,6	5	94,4	0,6	13,2	0	INC
Volição (ICN code: 10020855)	4,4	4,5	94,4	0,6	13,9	0	INC
<b>3.2. DOMÍNIO: Comportamentos de promoção de saúde</b>							
<b>3.2.1. Exercício físico</b>							
Padrão de exercício (ICN code: 10007294)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
<b>3.2.2. Nutrição e dieta</b>							
Controlo de impulsos (ICN code: 10035700)	4,1	4	83,3	0,8	20,2	5,6	INC
Ingestão nutricional dentro dos limites normais (ICN code: 10051868)	4,6	5	100	0,5	11,2	0	INC
Status nutricional (ICN code: 10013419)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
<b>3.2.3. Status ponderal</b>							
Baixo peso (ICN code: 10020263)	4,5	5	94,4	0,6	13,7	0	INC
Excesso de peso (ICN code: 10013899)	4,4	4	94,4	0,6	13,8	0	INC
Peso (ICN code: 10021034)	4,2	4	83,3	0,9	20,6	5,6	INC
<b>3.2.4. Consumo de substâncias aditivas</b>							
Abuso de drogas (ICN code: 10006346)	3,8	4	83,3	1,1	29,5	11,1	INC
Dependência de drogas (ICN code: 10041381)	2,7	2	38,9	1,5	56,1	55,6	EXC
Recuperação de abuso de drogas (ICN code: 10035841)	2,6	2	27,8	1,3	49,4	61,1	EXC
Recuperação do abuso de álcool (ICN code: 10035839)	3	2	44,4	1,5	48,5	55,6	EXC
Sem abuso de drogas (ICN code: 10028875)	2,3	2	11,1	1,1	48,8	55,6	EXC

Sem abuso de substâncias (ICN code: 10029134)	2,3	2	11,1	1,1	48,8	55,6	EXC
Sem abuso do álcool (ICN code: 10028777)	2,5	2	16,7	1,2	49,9	55,6	EXC
Sem abuso do tabaco (ICN code: 10029147)	2,5	2	16,7	1,2	49,9	55,6	EXC
Uso prévio do tabaco (ICN code: 10038858)	3,9	4	83,3	1,2	30,7	11,1	INC

### 3.2.5. Utilização de recursos de Saúde

#### 4. Intervenções de enfermagem

##### 4.1. DOMÍNIO: Mudança de comportamento em saúde

Apoiar crenças (ICN code: 10026458)	4,4	5	88,9	0,7	15,9	0	INC
-------------------------------------	-----	---	------	-----	------	---	-----

Nota. Me = Média; Md = Mediana; IVC = Índice de validade de conteúdo; s = Desvio padrão; CV = Coeficiente de variação; INC = Consenso para incluir o item; EXC = Consenso para excluir o item.

**Tabela 5**

Resultados da análise quantitativa da Ronda 3

Item	Me	Md	IVC (%)	s	CV (%)	% de Respostas 1 ou 2	CONSENSO
<b>1. Estrutura da intervenção</b>							
<b>1.1. Estratégias da intervenção educacional</b>							
Sessões de grupo com um familiar	2,8	3	20	0,9	30,8	33,3	S/ CON
Sessões individuais e de grupo com um familiar	3,3	4	56,3	1,2	38,3	25	S/ CON
<b>1.2. Tipo de contactos a estabelecer</b>							
Vídeo-consulta	3	4	47,1	1,4	45,1	29,4	S/ CON
Uso de panfleto/cartão informativo	2,9	3	38,9	1,3	44,2	16,7	S/ CON
<b>1.3. Número de sessões/contactos</b>							
2-4 sessões/contactos	2,5	3	36,8	1,5	58,3	31,6	S/ CON
<b>1.4. Duração das sessões/contactos</b>							
Sessões/contactos de 30-45 minutos (se em grupo)	2,7	4	40	1,2	44,8	20	S/ CON
<b>1.5. Frequência das sessões/contactos</b>							
1 sessão/contacto de duas em duas semanas	2,4	3	33,3	1,2	49,4	23,8	S/ CON
<b>2. Critérios de exclusão dos participantes na intervenção</b>							
Não ser adulto (<18 anos)	2,5	4	47,8	1,3	51	13	S/ CON
<b>3. Focos de atenção de enfermagem</b>							
<b>3.1. DOMÍNIO: Mudança de comportamento em saúde</b>							
Plano de cuidados (ICN code 10003970)	2,2	4	32	1,2	57,5	16	S/ CON
<b>3.2. DOMÍNIO: Mudança de comportamento em saúde</b>							
<b>3.2.1. Exercício físico</b>							
Resposta psicossocial à instrução sobre exercício (ICN code: 10022309)	1,7	2	19,2	1,3	78,9	30,8	EXC
<b>3.2.2. Status ponderal</b>							
Energia (ICN code: 10006899)	1,7	3	22,2	1,1	64,7	22,2	S/ CON
Metabolismo (ICN code: 10012005)	1,6	3	14,3	0,9	53,8	14,3	S/ CON
Obeso (ICN code: 10013457)	1,7	3	20,7	1,1	65,4	17,2	S/ CON
Peso efetivo (ICN code: 10027385)	1,7	4	26,7	1,3	77,5	16,7	S/ CON

Nota. Me = Média; Md = Mediana; IVC = Índice de validade de conteúdo; s = Desvio-padrão; CV = Coeficiente de variação; S/ CON = Sem consenso após as 3 rondas; EXC = Consenso para excluir o item.

## Discussão

Em virtude da interação e respostas produzidas, os peritos validaram aspetos do conteúdo e estrutura da intervenção educacional de enfermagem, produzindo dados relevan-

tes que permitirão desenhar um protocolo de intervenção. No que se refere à estrutura, os peritos analisaram aspetos relacionados com as estratégias de intervenção, tipos de contacto a estabelecer, momento do início, número, duração e frequência das sessões e a preparação dos enfermeiros

que a realizarão. Foi consensual entre os participantes, que a intervenção em debate deve contemplar 4 a 8 sessões (1/semana) individuais, com um familiar, e/ou de grupo, preferencialmente presenciais, na instituição ou no domicílio. A intervenção pode ser coadjuvada com o recurso ao contacto telefónico e/ou mensagens escritas. A inclusão do familiar evidencia a relevância da família na gestão do processo de saúde/doença, uma vez que viver após o cancro é uma experiência altamente singular, promovendo intervenções holísticas e evitando o autoisolamento (Young et al., 2020). A literatura aponta, com frequência, intervenções de grupo neste domínio (Meraviglia et al., 2013), potenciando a adesão a comportamentos promotores de saúde, decorrente da partilha entre pares. Igualmente, o recurso às novas tecnologias é mencionado no acompanhamento e envolvimento dos sobreviventes (Eakin et al., 2015; Young et al., 2020), sobretudo no que diz respeito à promoção da motivação na mudança de comportamento. Esta estratégia reforça o recurso ao Health Promotion Model (HPM) de Nola Pender (2015). Além do HPM se focar nos fatores que influenciam comportamentos saudáveis, tem a vantagem de se assumir como um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva os indivíduos a envolverem-se em comportamentos promotores de saúde e os mantém comprometidos com um plano de ação (Pender, 2015). Quanto aos critérios de exclusão dos participantes, foram consideradas as seguintes condições: estar na fase paliativa da doença oncológica e ter realizado uma cirurgia de extração de tumor e/ou tecidos há menos de 1 mês. Entende-se que essa decisão possa estar relacionada com o facto de a fase paliativa e a pós cirúrgica sobrecarregar os sobreviventes com necessidades diferentes. Essa opção é enquadrada nas orientações da WHO (2020), que alerta para a separação dos cuidados aos sobreviventes dos cuidados paliativos. Essa organização assume que os diferentes tipos de cuidados devem ser integrados em serviços de saúde amplos, mas com uma divisão explícita entre os mesmos, com comunicação clara e com inequívoca definição dos seus objetivos, para melhorar os resultados gerais e a eficiência das intervenções. Houve critérios de exclusão que não foram incluídos pelos participantes, sobretudo os critérios que excluía os sobreviventes que apresentassem progressão da doença e que ainda estivessem na fase de tratamento, que pode ter relação com a existência de múltiplas definições de sobrevivência na literatura (León-Salas et al., 2020) e pelo facto de os peritos, ao utilizarem definições mais abrangentes, terem privilegiado a inclusão de mais participantes e não a sua exclusão. Não termos apresentado inicialmente nenhuma definição de sobrevivente pode também ter condicionado a opinião dos peritos. No que se refere ao conteúdo, a sua discussão torna-se difícil, pela não existência na literatura de intervenções ou programas de intervenção que utilizem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e que possam ser comparáveis. No entanto, e dado o elevado número de focos de atenção e intervenções de enfermagem que obtiveram consenso entre os peritos, parece unanime a utilização da mesma, sobretudo porque tem grande impacto na prática profissional e na documentação dos cuidados de enfermagem, além de ter replicabilidade. Tal opção versa as orientações da WHO, que aceitou a

CIPE® para descrever o domínio da prática de enfermagem como uma parte essencial e complementar dos serviços de saúde. Dada a heterogeneidade e multiplicidade dos focos de atenção e intervenções de enfermagem analisados pelos peritos, discutiram-se os domínios em análise: Mudança de comportamento em saúde e Comportamentos de promoção de saúde. Estas abordagens obtiveram validação dos peritos, quer pelo elevado número de focos de atenção e intervenções de enfermagem que obtiveram consenso para inclusão (110 itens), quer pelo facto de nenhum perito ter sugerido alterações ao seu conteúdo, na área dos questionários dedicada para tal. Estes domínios estão em harmonia com os utilizados nos estudos de Meraviglia et al. (2013) e Eakin et al. (2015), que por um lado focam a intervenção na otimização do conhecimento e dos comportamentos de promoção da saúde. Assim é enfatizada a responsabilidade pela saúde, gestão do stress, atividade física/exercício, nutrição, relações interpessoais, uso de substâncias e o crescimento espiritual, e por outro lado, evidenciam a motivação, os significados, a atitude, o envolvimento e a autoeficácia dos sobreviventes para se envolverem em comportamentos de promoção da saúde. Parece unanime que intervenções compostas por metas de autogestão e focadas em cuidados individualizados produzem resultados mais vantajosos (Young et al., 2020). O estudo apresentado apresenta limitações espectáveis relacionadas com o método. Devido à heterogeneidade de evidência disponível, não foi possível obter evidências robustas sobre os critérios de consenso nem sobre o número de peritos a participar. A seleção da técnica e-Delphi modificada, que levou a que o Q1 tivesse sido constituído por um conjunto de itens pré-selecionados, pode ter imposto limitações à liberdade dos peritos, contudo, o facto de poderem sugerir novos itens e justificar as suas decisões pode ter reduzido esse viés.

## Conclusão

O facto de ter tido um cancro, mesmo superando positivamente os tratamentos, impõe uma nova condição de saúde aos sobreviventes. Compreende-se que a opinião dos peritos analisada neste estudo assume elevada preponderância na estruturação de uma intervenção educacional complexa de promoção de comportamentos de saúde. O consenso obtido entre os peritos produz robustez e consistência à intervenção educacional em enfermagem em desenvolvimento, permite traçar linhas orientadoras de planos de cuidados padronizados e desenhar uma intervenção holista consubstanciada pelo conhecimento da disciplina de enfermagem e baseada numa linguagem classificada. Entende-se que os aspetos validados pelos peritos potenciarão a otimização dos comportamentos de promoção de saúde dos sobreviventes de cancro e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. A análise dos 187 itens produziu indicadores fidedignos para traçarmos o desenho da intervenção educacional e avançar para o teste da aplicabilidade, eficácia e replicabilidade, que pode ser possível através da concretização de um estudo piloto. O percurso de investigação realizado reforça a relevância da prática autónoma dos enfermeiros, dá resposta às necessidades dos sobreviventes e converge

com a demanda nacional e internacional por este tipo de programas/intervenções.

### Contribuição de autores

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

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

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

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

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

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

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

Administração do projeto: Peixoto, N. M.

Redação – rascunho original: Peixoto, N. M.

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

### Referências bibliográficas

- American Cancer Society. (2019). *Cancer treatment & survivorship: Facts & figures 2019-2021*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures/cancer-treatment-and-survivorship-facts-and-figures-2019-2021.pdf>
- Austin, J., Allicock, M., Atem, F., Lee, S. C., Fernandez, M. E., & Balasubramanian, B. A. (2020). A structural equation modeling approach to understanding pathways linking survivorship care plans to survivor-level outcomes. *Journal of Cancer Survivorship*, *14*, 834–846. <https://doi.org/10.1007/s11764-020-00896-6>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Cairo, J., Williams, L., Bray, L., Goetzke, K., & Perez, A. C. (2020). Evaluation of a mobile health intervention to improve wellness outcomes for breast cancer survivors. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, *7*(4), 313-322. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1733>
- Eakin, E. G., Hayes, S. C., Haas, M. R., Reeves, M. M., Vardy, J. L., Boyle, F., Hiller, J., E., Mishra, G. D., Goode, A. D., Jefford, M., Koczwara, B., Saunders, C. M., Demark-Wahnefried, W., Courneya, K. S., Schmitz, K. H., Girgis, A., White, K., Chapman, K., Boltong, A. G., . . . Robson, E. L. (2015). Healthy living after cancer: A dissemination and implementation study evaluating a telephone-delivered healthy lifestyle program for cancer survivors. *BMC Cancer*, *15*, Article 992. <https://doi.org/10.1186/s12885-015-2003-5>
- Ehrenzeller, M. F., Mayer, D. K., & Goldstein, A. (2018). Smoking prevalence and management among cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, *45*(1), 55–68. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.55-68>
- Gaguski, M. E., George, K., Bruce, S. D., Brucker, E., Leija, C., LeFebvre, K. B., & Mackey, H. T. (2017). Oncology nurse generalist competencies: Oncology Nursing Society's initiative to establish best practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *21*(6), 679-687. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.679-687>
- Hewitt, M., Greenfield, S., & Stovall, E. (2006). *From cancer patients to cancer survivor: Lost in transition*. National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/11468>
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi Technique in nursing and health research*. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1002/9781444392029>
- Knobf, M., Erdos, D., & Jeon, S. (2018). Healthy Sisters: A feasibility study of a health behavior intervention for women of color breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, *36*(5), 597-608. <https://doi.org/10.1080/07347332.2018.1460004>
- Krusche, A., Bradbury, K., Corbett, T., Barnett, J., Stuart, B., Yao, G. L., Bacon, R., Böhning, D., Cheetham-Blake, T., Eccles, D., Foster, C., Geraghty, A. W., Leydon, G., Müller, A., Neal, R. D., Osborne, R., Rathod, S., Richardson, A., Sharman, G., . . . Little, P. (2019). Renewed: Protocol for a randomised controlled trial of a digital intervention to support quality of life in cancer survivors. *BMJ Open*, *9*(3), e024862. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024862>
- León-Salas, B., Zabaleta-del-Olmo, E., Llobera, J., Bolívar-Ribas, B., López-Jiménez, T., Casajuana-Closas, M., & Esteva, M. (2020). Health status, lifestyle habits, and perceived social support in long-term cancer survivors: A cross-sectional study. *BMC Research Notes*, *13*, Article 376. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05218-8>
- Marques, J. B., & Freitas, D. (2018). Método DELPHI: Caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. *Pro-Posições*, *29*(2), 389-415. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2007). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. Atlas.
- Meraviglia, M., Stuijbergen, A., Parsons, D., & Morgan, S. (2013). Health promotion for cancer survivors: Adaptation and implementation of an intervention. *Holistic Nursing Practice*, *27*(3), 140–147. <https://doi.org/10.1097/HNP.0b013e31828a0988>
- Oncology Nursing Society. (2017). *2017 oncology nurse navigator core competencies*. [https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017\\_Oncology\\_Nurse\\_Navigator\\_Compencies.pdf](https://www.ons.org/sites/default/files/2017-05/2017_Oncology_Nurse_Navigator_Compencies.pdf)
- Peixoto, N., Peixoto, T., Pinto, C., & Santos, C. (2021a). Nursing intervention focusing on health promotion behaviors in adult cancer patients: A scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *55*, e03673. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019039403673>
- Peixoto, N., Peixoto, T., Pinto, C., & Santos, C. (2021b). Intervenção educacional de enfermagem dirigida à promoção dos comportamentos de saúde nos sobreviventes de cancro. *Revista de Enfermagem Referência*, *5*(6), e20090. <https://doi.org/10.12707/RV20090>
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2015). *Health promotion in nursing practice* (7<sup>th</sup> ed.). Pearson Education.
- Stan, D. L., Cutshall, S. M., Adams, T. F., Ghosh, K., Clark, M. M., Wieneke, K. C., Kebede, E. B., Dunlap, J. D., Ruddy, K. J., Hazelton, J. K., Butts, A. M., Jenkins, S. M., Croghan, I. T., & Baeur, B. A. (2020). Wellness coaching: An intervention to increase healthy behavior in breast cancer survivors. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *24*(3), 305–315. <https://doi.org/10.1188/20.cjon.305-315>
- Vera, R., Aparicio, J., Carballo, F., Esteva, M., González-Flores, E., Santianes, J., Santolaya, F., & Fernández-Cebrián, J. M. (2019). Recommendations for follow-up of colorectal cancer survivors. *Clinical and Translational Oncology*, *21*, 1302–1311. <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02059-1>
- World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: Setting priorities, investing wisely and providing care for all*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330745>
- Young, A. M., Charalambous, A., Owen, R. I., Njodzeka, B., Oldenmenger, W. H., Alqudimat, M. R., & So, W. K. (2020). Essential oncology nursing care along the cancer continuum. *The Lancet Oncology*, *21*(12), e555-e563. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30612-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30612-4)

