



## **Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização Médico-Cirúrgica Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

#### **IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM UROPROTOGINECOLÓGICA PARA CAPACITAR A PESSOA PARA A RADIOTERAPIA PÉLVICA**

**Elda Maria Gomes Freitas**

**Lisboa  
2017**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização Médico-Cirúrgica**  
**Área Específica de Intervenção em Enfermagem**  
**Oncológica**

Relatório de Estágio

**IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE**  
**ENFERMAGEM UROPROTOGINECOLÓGICA**  
**PARA CAPACITAR A PESSOA PARA A**  
**RADIOTERAPIA PÉLVICA**

**Elda Maria Gomes Freitas**

Orientador: Professor Doutor Óscar Ferreira

**Lisboa**  
**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A Enfermagem é a arte do cuidar e nós somos os artistas dessa ciência complexa e indispensável na saúde.”

Sou Enfermagem

Este trabalho é fruto de muita dedicação, desafio e sacrifício. Assim não posso deixar de agradecer à instituição da qual faço parte, pelo suporte e apoio prestado, e em particular à minha chefe, colegas de trabalho e equipa multidisciplinar.

Ao Professor Óscar, pela disponibilidade e atenção que teve sempre para comigo.

Aos orientadores dos locais de estágio pela generosidade.

Às minhas colegas de mestrado, abraçamos juntas esta aventura numa atitude de entreaajuda constante.

À minha família e amigos pelo apoio, mas acima de tudo por me desculparem a falta de paciência e ausências.

Ao André, pelo companheirismo, incentivo e compreensão.

Sem vocês não teria sido capaz de realizar este percurso.

Obrigada a todos.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

BT – Braquiterapia

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

EONS – *European Oncology Nursing Society*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PICo – População; fenómeno de Interesse; Contexto

RT – Radioterapia

SBRT – *Stereotactic Body Radiation Therapy*

## RESUMO

A radioterapia é um dos tratamentos mais utilizados no combate às doenças oncológicas e que tem apresentado uma tendência crescente como opção terapêutica na abordagem à pessoa com doença oncológica. Assim, é fundamental que os enfermeiros acompanhem este processo, desenvolvendo competências nesta área de intervenção promovendo o acompanhamento e a qualidade dos cuidados prestados. Este tratamento alia um elevado nível tecnológico à humanização dos cuidados, tendo os enfermeiros um papel privilegiado no estabelecimento desta ponte junto da pessoa submetida a radioterapia.

A implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica surge como uma necessidade vigente no serviço de estruturação do acompanhamento da pessoa submetida a radioterapia pélvica, visto ser uma das populações prevalentes do total dos tratamentos realizados e cujas implicações são de grande complexidade. Tal acarreta uma intervenção que visa a capacitação da pessoa e família a curto e a longo prazo, intervindo pré, intra e pós tratamento.

Este relatório pretende traduzir o percurso realizado para a aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, o recomendado pela *European Oncology Nursing Society* e enquanto mestre. Contempla a revisão sistemática da literatura que foi a base de sustentação do presente trabalho, a realização dos estágios onde adquiri e consolidei conhecimentos e as estratégias adotadas para a implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica.

Este percurso permitiu-me desenvolver competências para capacitar a pessoa para a radioterapia pélvica, otimizar as intervenções levadas a cabo junto da mesma, envolver e sensibilizar a equipa contribuindo para a articulação multidisciplinar eficaz, promover a prevenção de toxicidade e o controlo sintomático e melhorar o processo de reabilitação. Tendo como premissa o respeito pela dignidade e a maximização da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** doente oncológico; radioterapia pélvica; necessidades humanas; cuidados de enfermagem; capacitação.

## **ABSTRACT**

Radiotherapy is one of the most common treatments used in oncology and is becoming a great tendency in the therapeutic approach offered to patients with oncological diseases. It is therefore necessary that nurses accompany this process and acquire the correct skills in this area in able to promote and accompany the quality of the care given to patients.

These treatments require on one side high level of technological skills and on the other humanization of health care. The nurse has an important role in the bridge that is established between these two sides.

The implementation of a nurses uroprotoginecological consultation emerges from the need to structure the service to be able to accompany the person who is submitted to pelvic radiotherapy. These, are one of greatest populations submitted to radiotherapy when considering the global number of treatments delivered, having sometimes very complex implications to the person. The intervention is based on empowerment of the person and family in a short and long term and is important to intervene pre, intra and post treatment.

This report demonstrates the workflow made in order to acquire common competencies as a Specialist Nurse and, specific competencies as a Specialist Nurse in Nursing for Person in Chronic and Palliative Situation, recommended by the European Oncology Nursing Society.

The base support for this paper contemplates systematic literature review. It also takes in to consideration the internships I performed where I was able to acquire and consolidate knowledge as well as the strategies adopted for the implementation of the nurses uroprotoginecological consultation.

This journey allowed me to develop competencies to enable the person who is subjected to pelvic radiotherapy, optimize the procedures, involve and sensitive the team to the importance of a good multidisciplinary approach and articulation, promote the prevention of toxicity and control symptoms optimizing the rehabilitation process. Bearing in mind the main premise is always the respect for the persons' dignity while maximizing his quality of life.

**Keywords:** cancer patient; pelvic radiotherapy; human needs; nursing care; empowerment.

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
INTRODUÇÃO	13
1. TAREFAS DESENVOLVIDAS NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ESTÁGIO	22
1.1.Compreensão da dinâmica organizacional da equipa de enfermagem e sua articulação com a equipa multidisciplinar, bem como o tipo de acompanhamento e de intervenções junto da pessoa e família submetida a RT	22
1.2.Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para a capacitação da pessoa e família para a RT pélvica e suas implicações na qualidade de vida	27
1.3.Planeamento e implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica para capacitar a pessoa e família para a RT pélvica, promovendo o acompanhamento pré, intra e pós tratamento	37
2. AVALIAÇÃO	46
2.1.Pontos fortes	46
2.2.Pontos fracos	47
2.3.Contribuição da consulta de enfermagem uroprotoginecológica para a melhoria da qualidade dos cuidados	48
CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
APÊNDICES	

## Lista de Apêndices

- Apêndice 1.** Resumo da revisão sistemática da literatura
- Apêndice 2.** Caracterização do serviço A
- Apêndice 3.** Caracterização do serviço B
- Apêndice 4.** Caracterização do serviço C
- Apêndice 5.** Questões a colocar aos enfermeiros do serviço A e análise das respostas
- Apêndice 6.** Cronograma de atividades do estágio no serviço A
- Apêndice 7.** Questões a colocar aos enfermeiros do serviço B e análise das respostas
- Apêndice 8.** Questões colocadas às pessoas submetidas a RT pélvica no serviço B
- Apêndice 9.** Reflexão crítica: Radiodermite - um desafio constante de enfermagem
- Apêndice 10.** Reflexão crítica: Primeiros passos na oncosexologia
- Apêndice 11.** Estudo de caso de uma mulher com patologia do foro ginecológico
- Apêndice 12.** Cronograma de atividades do estágio no serviço B
- Apêndice 13.** Diagnóstico de situação do serviço C
- Apêndice 14.** Guia de integração à consulta de enfermagem uroprotoginecológica
- Apêndice 15.** Questionário de avaliação da sessão de sensibilização no serviço C e sua análise
- Apêndice 16.** Análise dos dados recolhidos através da base de dados
- Apêndice 17.** Estudo de caso a um homem com adenocarcinoma da próstata que realizou RT no serviço C
- Apêndice 18.** Questionário de avaliação da consulta e respetiva análise
- Apêndice 19.** Cronograma de atividades do estágio no serviço C
- Apêndice 20.** Competências de enfermagem desenvolvidas nos estágios
- Apêndice 21.** Registo de avaliação do estágio no serviço A, B e C.
- Apêndice 22.** Certificado de apresentação da comunicação: “O porquê de um enfermeiro na radioterapia”
- Apêndice 23.** Certificado de apresentação da comunicação: “Capacitação da pessoa submetida a radioterapia pélvica: um cuidado de enfermagem”

## Índice de Gráficos

**Gráfico 1.** Evolução da produção hospitalar em Portugal Continental, relativa à admissão para sessão de RT e quimioterapia/imunoterapia desde 2010 a 2014 (DGS, 2013, 2014, 2016).

## **Índice de Imagens**

<b>Imagem 1.</b> Articulação e encaminhamento dos doentes do grupo de oncosexologia após tratamento de RT	36
<b>Imagem 2.</b> Percurso de acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica e diferentes momentos de realização	40

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Período de estágio em cada serviço, com o respetivo número de turnos e horas realizadas	21
<b>Tabela 2.</b> Número de consultas e acompanhamentos de enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica.	30
<b>Tabela 3.</b> Número de atos associados à intervenção na consulta de enfermagem uroprotoginecológica, junto da pessoa submetida a RT pélvica.	44
<b>Tabela 4.</b> Indicadores de estrutura na avaliação do contributo da consulta uroprotoginecológica na melhoria da qualidade dos cuidados	49
<b>Tabela 5.</b> Indicadores de processo na avaliação do contributo da consulta uroprotoginecológica na melhoria da qualidade dos cuidados	49
<b>Tabela 6.</b> Indicadores de resultado na avaliação do contributo da consulta uroprotoginecológica na melhoria da qualidade dos cuidados	50

## INTRODUÇÃO

O progresso científico nos últimos anos tem contribuído para o desenvolvimento do conhecimento e adequação das intervenções na área da saúde, acompanhando o aumento progressivo das doenças crônicas, de entre as quais as oncológicas. Estas representam 60% das causas de mortalidade no mundo, prevendo-se um aumento da sua incidência (*World Health Organization*, 2017). Assim, é fundamental que os enfermeiros procurem uma atualização constante do conhecimento e desenvolvimento de competências para responder às necessidades individuais de cada pessoa e família.

A necessidade de desenvolver competências para dar resposta às exigências da prática clínica levou-me a frequentar o presente curso. Tendo como base a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica: vertente oncológica, pretendo colaborar para a melhoria da qualidade de cuidados prestados à pessoa e família submetida a radioterapia (RT) pélvica, e contribuir para o desenvolvimento da disciplina.

Neste âmbito, foi proposta a elaboração de um projeto de intervenção de acordo com uma problemática de enfermagem vigente no serviço de prestação de cuidados. Assim sendo, este projeto insere-se no âmbito da intervenção de enfermagem na unidade de RT do local onde exerço funções.

A RT é um dos tratamentos mais usados no combate às doenças oncológicas utilizando radiação ionizante com o objetivo de administrar determinada dose, num determinado volume alvo de modo a produzir o dano desejado nas células tumorais e, simultaneamente proteger ao máximo os tecidos saudáveis adjacentes, diminuindo a morbilidade (Gosselin-Acomb, 2005). Esta pode ser interna (braquiterapia<sup>1</sup>) ou externa<sup>2</sup>, sendo que no presente relatório quando me referir a RT estou a mencionar a RT externa, pois é a existente no serviço onde presto cuidados.

Nos últimos anos tem-se verificado um aumento do número de pessoas admitidas para este tratamento (cf. gráfico 1). O gráfico seguinte evidencia uma

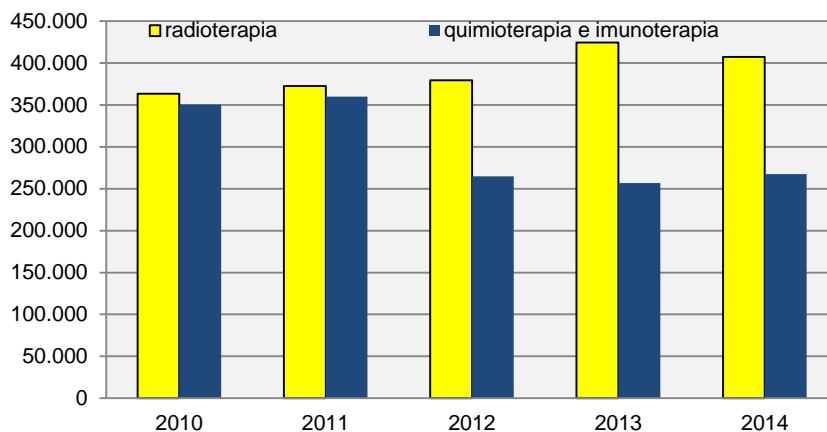
---

<sup>1</sup> Braquiterapia (BT) - Uso de uma fonte de radiação (elemento radioativo), colocado dentro, ou em contacto com o doente, como forma de irradiação (Direção Geral de Saúde, 2009).

<sup>2</sup> RT externa - Esta diz respeito à radiação que é emitida por uma fonte externa, ou seja, a radiação que atinge o tumor é emitida por um aparelho designado acelerador linear (DGS, 2009).

tendência de procura crescente do tratamento de RT, já espectável pela Direção Geral de Saúde (DGS, 2016), em detrimento das admissões para outros tratamentos em ambulatório, nomeadamente de quimioterapia e imunoterapia.

**Gráfico 1.** Evolução da produção hospitalar em Portugal Continental, relativa a admissão para sessão de RT e quimioterapia/imunoterapia desde 2010 a 2014 (DGS, 2013, 2014, 2016).



Fonte: Autor, baseado na DGS 2013, 2014, 2016.

Esta tendência também se verifica no meu local de trabalho que de 2014 para 2015 aumentou a atividade na unidade de RT em aproximadamente 20% dos tratamentos realizados (Fundação Champalimaud, 2016).

Assim sendo, é importante sensibilizar a equipa envolvida nos cuidados à pessoa submetida a RT para as diferentes necessidades que deste tratamento podem emergir. Sendo este maioritariamente de carácter ambulatório a capacitação da pessoa e família torna-se indispensável.

Segundo Cabete (2012), a capacitação é um conceito complexo e multidimensional ao envolver a relação com os outros. Este conceito está intimamente relacionado com os cuidados de enfermagem, tornando-se essencial para a qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, implica a mobilização interativa de diferentes estratégias que promovam e reforcem o potencial de cada cliente na identificação das suas próprias necessidades, na resolução dos seus problemas e na mobilização de recursos (Cabete, 2012; Onega, 2006). Desta forma, a pessoa poderá participar na tomada de decisão das intervenções a si prestadas, promovendo a sua independência, autonomia e dignidade (Cabete, 2012).

Considero essencial que os enfermeiros na sua prática tenham em conta as respostas humanas aos problemas de saúde e projetos de vida de cada pessoa, bem como o processo adaptativo constante e o papel da enfermagem junto da mesma, família e comunidade (Silva, 2007). Para que as intervenções de enfermagem possam ir ao encontro do projeto de vida é fulcral a prestação de cuidados centrado na pessoa, o que implica a parceria com a mesma e sua família, envolvendo-a no processo de cuidados e decisões. “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 4), promovendo os projetos de saúde que cada pessoa defende e procura. Tal implica conhecimento e atenção para com as necessidades, colocando em sinergia as ações e decisões que visam beneficiar o seu próprio projeto saúde/doença e cuidado (Gomes, 2007).

Tendo por base o acima referido e o cuidar como sendo a essência dos cuidados de enfermagem (Henderson, 2007; Hesbeen, 2004; Watson, 2002), aliado a uma reflexão individual com um interesse pessoal e profissional pelo tema, bem como, da reflexão em equipa acerca das necessidades da unidade, resulta o projeto de intervenção implementado.

Na unidade de RT onde presto cuidados de enfermagem recebemos pessoas com diversas patologias oncológicas que realizam RT com intuito curativo e paliativo. Ao pensar sobre uma problemática existente não tive dúvidas na necessidade de estruturar um acompanhamento para as pessoas submetidas a RT pélvica, cujas implicações são de grande complexidade e que tem apresentado um aumento crescente do número de tratamentos, representando 35% do total da atividade da unidade. Até então, não era realizado um acompanhamento estruturado em todas as valências da RT pélvica, e após avaliação dos registos de enfermagem e médicos, foi notório o défice de registo no que concerne à identificação das necessidades e prioridades individuais de cada pessoa e família, e respetivo encaminhamento.

Neste sentido, identifiquei a necessidade de implementar uma consulta de enfermagem uroprotoginecológica para capacitar a pessoa e família para as implicações da RT pélvica a curto e a longo prazo, intervindo pré, intra e pós tratamento.

Para compreender a pertinência da temática realizei uma revisão sistemática da literatura (cf. apêndice 1). Pela dificuldade em conciliar termos de pesquisa foi necessário formular duas questões de partida para a revisão sistemática da literatura (PICo<sup>3</sup>):

Questão A - Quais as necessidades de cuidados de enfermagem (I) à pessoa com doença oncológica (P) submetida a RT (Co)?

Questão B - Quais as implicações na qualidade de vida (I) da pessoa com doença oncológica (P) submetida a RT pélvica (Co)?

Através da pesquisa à questão A foi possível elaborar uma *checklist* das necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a RT: físicas, emocionais, de informação, de capacitação, de segurança face à vulnerabilidade existencial e de reabilitação. Em vários artigos era enfatizada a influência destas necessidades na alteração da qualidade de vida da pessoa submetida a RT. Relativamente às necessidades identificadas sobressaiu a necessidade de informação, estando correlacionada com a capacitação da pessoa para o tratamento de RT, algo que não se tem verificado ou pelo menos deve ser otimizado, visto que, de acordo com os artigos analisados, existe um défice nesta área (Nicolaisen, Muller, Patel & Hanssen, 2014; Egestad, 2013; Pedersen, Koktved & Nielsen, 2013; Güleser, Taşci & Kaplan, 2012; Wong, D'Alimonte, Angus, Paszat, Soren & Szumacher, 2011; Frick, Tyroller & Panzer, 2007).

A RT pélvica é utilizada maioritariamente como abordagem terapêutica de neoplasias do foro ginecológico, urológico e rectal/canal anal, seja com intuito curativo (radical, adjuvante, neoadjuvante), hemostático e paliativo, podendo provocar alterações ao nível do sistema urinário, intestinal e sexual. Pelo carácter íntimo desta possível toxicidade é importante que os profissionais estejam sensibilizados para a sua abordagem, prevenção, controlo e reabilitação. Neste sentido, a pesquisa à questão B evidenciou alterações urinárias e intestinais agudas e/ou tardias (Nicolaisen et al., 2014; Bhattasali et al., 2014; Pasek, Suchocka & Urbanski, 2012; Pinkawa et al., 2010; Pinkawa et al., 2009; Fransson, 2008; Abayomi, Kirwan, Hackett & Bagnall, 2005), alterações na vivência da sexualidade (Bhattasali et al., 2014; Fakhrian et al., 2013; Hennies et al., 2012; Katz, Ferrer & Suárez, 2012; Howlett et al., 2010;

---

<sup>3</sup> PICo: **P**opulação; **f**enómeno de Interesse; **C**ontexto.

Galbraith, Arechiga, Ramirez & Pedro, 2005), e estenose vaginal (Fakhrian et al., 2013; Katz et al., 2012; Bruheim et al., 2010). Estas alterações podem conduzir a limitações nas atividades de vida diárias, desencadeando alterações na vivência social da pessoa e dos seus pares/familiares, e conseqüentemente podem influenciar a sua qualidade de vida.

A qualidade de vida é um conceito multidimensional, marcado pela sua subjetividade, uma vez que, inclui o domínio psicológico, espiritual, social e físico, enfatizando aspetos positivos e negativos destes domínios (Pinto & Ribeiro, 2006).

Estes pressupostos vão ao encontro do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2001), onde são identificadas doze atividades de vida de entre as quais a eliminação e a expressão da sexualidade que caracterizam a pessoa e que podem ser influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. Este modelo defende que cada atividade de vida deverá ser avaliada quanto à capacidade da pessoa a conseguir realizar de modo dependente ou independente. O produto da interação das doze atividades de vida, no ciclo vital, no *continuum* dependência/independência e os cinco fatores que influenciam as atividades de vida constituem a individualidade da existência. Para que seja possível planejar, implementar e avaliar as intervenções individualizadas de enfermagem é fundamental conhecer a individualidade da existência da pessoa para, deste modo, contribuir para a resolução de problemas reais e a prevenção de problemas potenciais relacionados com as atividades de vida e lidar positivamente com os mesmos.

Segundo Meleis (2007), a transição representa o processo que conduz às mudanças na forma de viver, através da reorientação, incorporando novo conhecimento, alterando comportamentos e redefinindo o significado atribuído aos eventos, bem como à definição de si mesmo, sendo que quando relacionado com eventos de saúde este processo deverá ser foco de intervenção dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, é fundamental desenvolver intervenções de enfermagem e estratégias eficazes que visem individualizar o cuidado e minimizar as alterações identificadas, bem como estruturar o acompanhamento pré, intra e pós tratamento com vista à reabilitação. No entanto, importa ressaltar a existência ainda de alguma dificuldade na abordagem a esta sintomatologia,

nomeadamente nos aspetos relacionados com a sexualidade, a que não será alheio a forma como a cultura a encara. Segundo Serrano (2005), quer as pessoas e família, quer os profissionais de saúde reconhecem a importância da sexualidade, contudo hesitam na sua abordagem utilizando o evitamento a esta temática devido ao embaraço e falta de vontade.

A necessidade de estruturar o acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica é identificada como sendo fundamental para a promoção da qualidade de vida da pessoa e família (White, 2015; Nicolaisen et al., 2014; Pasek et al., 2012; Wong et al., 2011; Queenan, Feldman-Stewart, Brundage & Groome, 2010; Serrano, 2005).

De acordo com o Diário da República 1.<sup>a</sup> série — N.º 242 de 20 de dezembro de 2011, a consulta de enfermagem define-se como o momento de intervenção que visa a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Portaria n.º306-A/2011), constituindo uma ocasião privilegiada para a relação, educação, prevenção e acompanhamento. Importa, para tal, que os enfermeiros estejam capacitados para abordar a complexidade desta problemática identificando e respondendo às necessidades da pessoa, envolvendo, caso haja predisposição para tal, a família.

A intervenção junto da pessoa e/ou casal implica uma intervenção estruturada e devidamente organizada de modo a planear, implementar e avaliar um plano de cuidados de acordo com a singularidade de cada pessoa e respetiva família, potenciando a relação de parceria e consequentemente os resultados (OE, 2011). Como tal, pretendi com este projeto desenvolver competências específicas que me permitissem, como enfermeira especialista, capacitar a pessoa para a RT pélvica, otimizando as intervenções levadas a cabo junto da mesma, envolvendo e sensibilizando a equipa de enfermagem, contribuindo para que a articulação na equipa multidisciplinar seja eficaz, promovendo a prevenção de toxicidade e o controlo sintomático, bem como, melhorar o processo de reabilitação. Tendo como premissa o respeito pela dignidade e a maximização da qualidade de vida e indo ao encontro do preconizado nas competências comuns do Enfermeiro Especialista (2010) e as específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em

Situação Crónica e Paliativa (2011) e o recomendado pela *European Oncology Nursing Society* (2013).

Assim, pretendi compreender “Quais as necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica submetida a radioterapia pélvica?”

O desenvolvimento do projeto foi ao encontro do preconizado pela OE (2004), uma vez que pretendi no exercício da enfermagem estabelecer uma relação de parceria com a pessoa e sua família, promovendo o projeto de saúde que ela vive e acredita, enfatizando a importância da readaptação após a doença.

A RT é uma área de intervenção que alia o mais elevado nível tecnológico de tratamentos aos cuidados humanizados prestados às pessoas a ela submetidos. Esta é uma área ainda pouco explorada pela enfermagem e que necessita de desenvolver conhecimento neste âmbito.

Assim sendo, para dar resposta à problemática levantada, aplicar as competências iniciadas com a pesquisa realizada e para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista já referidas e de mestre, defini três locais de estágio em unidades de RT de referência. Para manter o anonimato dos serviços irei designar por serviço A, B e C. Estes estágios iniciaram-se no dia 26 de setembro e decorreram até 10 de fevereiro, o que fez um total de 57 turnos, cumprindo o preconizado no plano de estudos.

A implementação do projeto de intervenção decorreu no serviço C, na unidade de RT onde desempenho funções e que pertence a uma entidade de saúde privada. Deste modo, considerei pertinente e enriquecedor realizar os outros estágios em dois centros oncológicos públicos, multidisciplinares e de referência.

O serviço A, que se localiza no Norte de Portugal, integra a RT externa e braquiterapia (BT), dando resposta de forma multidisciplinar a uma vasta população, essencialmente oncológica, apresentando grande diversidade de tratamentos. A descrição deste serviço encontra-se em apêndice (cf. apêndice 2). Pela localização o tempo de estágio foi mais restrito, mas muito enriquecedor, tendo-me permitido concretizar o objetivo definido:

- Compreender a dinâmica organizacional da equipa de enfermagem e sua articulação com a equipa multidisciplinar, bem como o tipo de acompanhamento e de intervenções junto da pessoa e família submetida a RT.

Quanto ao serviço B, este localiza-se na grande Lisboa e também agrega BT e RT externa com acompanhamento da população através de consulta de enfermagem e na qual, pela sua experiência e diferenciação, me permitiram desenvolver e aprofundar competências aos vários níveis de intervenção. A sua caracterização encontra-se em apêndice (cf. apêndice 3). Tendo alcançado o objetivo estabelecido:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a capacitação da pessoa e família para a RT pélvica e suas implicações na qualidade de vida.

Por último o serviço C, onde implementei o projeto, é reconhecido nacional e internacionalmente por utilizar avançados equipamentos e técnicas nesta opção terapêutica, logo a intervenção de enfermagem deve acompanhar este desenvolvimento e prestar cuidados à pessoa/família de acordo com as necessidades emergentes. Neste sentido, a implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica constituiu uma mais-valia na contribuição para a excelência dos cuidados preconizados pela instituição em que esta unidade está inserida. A caracterização do serviço pode ser consultada no apêndice 4. Durante este estágio foi possível atingir o terceiro objetivo geral previamente delineado:

- Planear e implementar a consulta de enfermagem uroprotoginecológica para capacitar a pessoa e família para a RT pélvica, promovendo o acompanhamento pré, intra e pós tratamento.

A distribuição do tempo de estágio em cada serviço não foi homogênea, tendo tido como base o tempo necessário para o desenvolvimento das atividades que me permitiram alcançar os objetivos gerais definidos. No que ao serviço A diz respeito, também teve influência o facto de ser no Norte do país, pois acarretava despesas e necessidade de ausência laboral, daí ter sido o estágio com menor número de horas, mas não o menos produtivo.

Na tabela seguinte é evidenciada a distribuição do tempo de realização de estágio em cada um dos serviços acima referidos.

**Tabela 1.** Período de estágio em cada serviço, com o respetivo número de turnos e horas realizadas

<b>Local de estágio</b>	<b>Período de estágio</b>	<b>N.º turnos</b>	<b>N.º horas</b>
Serviço A	26/09/2016 a 7/10/2017	9	72
Serviço B	10/10/2016 a 25/11/2017	22	176
Serviço C	28/11/2016 a 10/02/2017	26	208
Total	-	57	456

Fonte: Autor

O presente relatório pretende evidenciar o percurso realizado e as metas alcançadas. Assim sendo, após a contextualização da problemática e respetiva filosofia de cuidados, identificação dos locais de estágios e objetivos gerais, segue-se a descrição pormenorizada das tarefas desenvolvidas e respetiva avaliação. Posteriormente são salientados os pontos fortes e fracos e a contribuição do trabalho para a melhoria da qualidade dos cuidados, terminando com a conclusão onde são enfatizados os possíveis trabalhos futuros.

# **1. TAREFAS DESENVOLVIDAS NOS DIFERENTES CONTEXTOS DE ESTÁGIO**

A prestação de cuidados é complexa e, portanto, a aquisição de competências pelo enfermeiro deve basear-se na interação entre a prática e a teoria para que possa desenvolver o seu processo de aprendizagem, no qual a perícia se desenvolve à medida que a experiência acontece (Benner, 2001).

Neste sentido, a realização de estágios é fulcral para o desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimento, motivo pelo qual optei por realizar dois estágios em unidades de RT em instituições de referência no cuidado ao doente oncológico no nosso país. Quanto ao terceiro, e último estágio, no meu local de trabalho, mobilizei os conhecimentos adquiridos até então, envolvendo a equipa de prestação de cuidados no desenvolvimento de estratégias que visem a capacitação da pessoa submetida a RT pélvica, nomeadamente através da implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, e paralelamente procurando ser um agente dinamizador para a melhoria da qualidade dos cuidados

Assim, passo a descrever pormenorizadamente as tarefas realizadas em cada um dos estágios, onde evidencio os objetivos gerais e específicos associados a cada unidade, descrevendo as atividades desenvolvidas, os recursos utilizados e a avaliação das mesmas.

## **1.1. Compreensão da dinâmica organizacional da equipa de enfermagem e sua articulação com a equipa multidisciplinar, bem como o tipo de acompanhamento e de intervenções junto da pessoa e família submetida a RT**

A escolha do serviço A para a realização de estágio teve como particular interesse conhecer o trabalho desenvolvido nesta unidade de referência no Norte do país de modo a conseguir perceber as semelhanças e diferenças na abordagem entre regiões, tal como a partilha de conhecimentos.

Assim, as tarefas definidas a realizar neste estágio tiveram estes princípios como orientação e os objetivos específicos previamente definidos.

Estes, bem como as atividades desenvolvidas para o seu alcance, são apresentados seguidamente.

- Identificar valores, missão, filosofia e estrutura dinâmica e funcional da equipa de enfermagem

#### Atividades desenvolvidas

- Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem no serviço e com a equipa multidisciplinar;
- Realização de entrevistas aos enfermeiros da unidade;
- Consulta de guias de integração e/ou manual de normas e procedimentos.

Durante as semanas de estágio procurei organizar as minhas experiências de acordo com as dinâmicas do serviço e oportunidades que foram surgindo. Como tal, organizei o estágio de modo a estar presente na consulta de enfermagem (3 turnos), sala de tratamentos (3 turnos), acompanhar equipa médica (1 turno) e passagem pelo bloco e internamento de BT, usado como complemento a muitos dos tratamentos de RT externa (1 turno). A ida à BT permitiu-me observar a continuidade dos tratamentos e cuidados pós RT externa em muitas das abordagens, assim como os receios emergentes na pessoa submetida ao tratamento.

Na BT pude observar uma abordagem intrauterina numa doente com carcinoma do colo útero e seis BT vaginais.

Esta organização do estágio contribuiu para uma melhor perceção da dinâmica da equipa, bem como durante os primeiros dias, a consulta dos documentos orientadores de intervenções vigentes no serviço.

Para além disso, elaborei um guião para as entrevistas que me propus realizar aos enfermeiros da unidade, encontrando-se o guião e a análise das respostas em apêndice (cf. apêndice 5). O guião foi previamente objeto de apreciação pelo professor orientador e aceite a sua aplicação pelo enfermeiro chefe.

As entrevistas foram realizadas a cinco dos nove enfermeiros da unidade de RT externa. Como resultado destas entrevistas foi possível verificar que todos os entrevistados consideraram adequado o acompanhamento realizado à pessoa e família submetida a RT pélvica dada a possibilidade de

adaptação de acordo com as características individuais e avaliação de necessidades. Contudo, são vários os elementos que referiram que o acompanhamento deveria ser realizado previamente ou em simultâneo com o início de tratamento de modo a capacitar a pessoa e família desde logo, fazendo uma melhor preparação para as possíveis complicações do tratamento.

Quanto às necessidades emergentes da pessoa submetida a RT pélvica, os colegas destacaram as necessidades físicas, no âmbito do controlo de toxicidade e conseqüentemente de informação. No que se refere à família emergem necessidades de controlo sintomático, buscando informação acerca das possíveis complicações associadas ao tratamento.

Este facto vai de encontro à pesquisa prévia realizada onde a necessidade de informação e capacitação para o tratamento são destacadas como sendo fundamentais para a pessoa e família submetida a RT (Nicolaisen et al., 2014; Egestad, 2013; Pedersen et al., 2013; Güleser et al., 2012; Wong et al., 2011; Frick et al., 2007)

Quando questionado acerca das dificuldades na abordagem à pessoa e família submetida a RT pélvica, os enfermeiros referiram dificuldade na abordagem à sexualidade, tratando este tema apenas se a pessoa o solicitar e procuram remeter as respostas para a próxima consulta médica e/ou sendo sintéticos. Maioritariamente mencionaram pouco à vontade com o tema, desconforto e insegurança devido à falta de conhecimento e treino sobre este assunto, limitando o acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica dado que a vivência da sexualidade é uma das necessidades emergentes neste tipo de tratamento de acordo com a literatura (White, 2015; Bhattasali et al., 2014; Fakhrian et al., 2013; Schofield et al., 2013; Bjelic-Radisic et al., 2012; Hennies et al., 2012; Katz et al., 2012; Gilbert, Ussher & Perz, 2011; Howlett et al., 2010; Tobias, 2010). A expressão da sexualidade é uma das atividades de vida defendidas pelo Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2001), que pode sofrer alterações devido a diferentes fatores, neste caso influenciada pelo tratamento de RT e provocar alterações na autonomia da pessoa para a sua satisfação, influenciando a individualidade da existência da pessoa. Como tal, torna-se essencial o acompanhamento de enfermagem a este nível para a resolução de problemas reais e a prevenção de problemas potenciais

relacionados com a expressão da sexualidade e o lidar positivamente com os mesmos (Roper, Logan e Tierney, 2001).

No serviço A têm procurado instituir uma equipa de oncosexologia, contudo tem sido difícil a articulação de equipas e a predisposição de alguns elementos para tal.

Nesta passagem pelo serviço A, considerei importante aproveitar a oportunidade de estar ausente do meu meio e passei duas horas após sair do estágio na sala de espera da RT para perceber os sentimentos das pessoas neste ambiente, as suas conversas e as principais dificuldades sentidas quando os profissionais de saúde não estão presentes. Durante esta experiência foi visível a dificuldade das pessoas em compreenderem o sistema de chamada e os locais aos quais se deviam dirigir, visto não estarem devidamente assinalados. Demonstraram défice de conhecimento face ao acompanhamento inerente ao tratamento e articulação entre equipas. Todavia, sempre que alguém manifestava alguma dúvida ou inquietação o aconselhamento de pessoa para pessoa passava por afirmarem que os enfermeiros são as melhores pessoas para esclarecerem dúvidas e aconselhar. O que demonstrou confiança e segurança face aos cuidados prestados e acompanhamento realizado. Verifiquei pois que a área de enfermagem é uma das mais procuradas para o esclarecimento e busca de informação.

- Compreender a estrutura organizacional e acompanhamento à pessoa e família submetida a RT pélvica.

#### Atividades desenvolvidas

- Apresentação do projeto de intervenção à equipa e consulta de documentos normativos do acompanhamento preconizado no serviço;
- Observação e participação na dinâmica e acompanhamento de enfermagem à pessoa e sua família segundo as necessidades emergentes.

Durante os dois primeiros dias de estágio apresentei o meu projeto e respetivos objetivos ao enfermeiro chefe e enfermeira orientadora, sendo que ao longo do contacto com os restantes colegas de serviço o fui apresentando informalmente.

Dediquei seis dias de estágio exclusivamente à observação, acompanhamento e participação nas consultas de enfermagem/sala de tratamentos. O meu objetivo havia sido definido para o acompanhamento na consulta de enfermagem à pessoa e família submetida a RT pélvica, contudo acabei por participar em todas as consultas de enfermagem realizadas visto que cerca de 90% delas eram associadas à RT mamária e/ou cabeça e pescoço. No entanto, procurei perceber como estava estruturada a consulta relativamente às localizações de tratamento pélvico em termos de apoio, recolha de informação, ensinamentos realizados, principais dificuldades e estratégias identificadas e utilizadas, que se encontram espelhadas nas entrevistas já anteriormente referidas.

No que se refere à consulta foi importante a integração ao sistema CIPE<sup>4</sup> para a elaboração dos registos, levantamento de diagnósticos e estabelecimento de intervenções. Os registos informatizados permitiram uma uniformização em termos de levantamento de diagnósticos e o estabelecimento de intervenções de enfermagem. No entanto, a maioria dos enfermeiros refere ter perdido espaço para a personalização dos cuidados prestados e descrição da complexidade das situações, apesar de ser linear a opinião da CIPE como uma mais-valia na operacionalização dos registos. O facto de ter conhecimento da toxicidade aguda e tardia dos tratamentos permitiu-me ter maior facilidade na adaptação dos ensinamentos realizados e medidas preventivas associadas. No entanto a partilha de experiências foi extremamente enriquecedora. A intervenção de enfermagem no acompanhamento à pessoa submetida a RT no serviço A encontra-se muito bem estruturada e organizada, apresentando como fatores facilitadores a existência de recursos humanos e físicos adequados existindo duas salas exclusivas para consulta de enfermagem, tal como uma sala de tratamentos para o acompanhamento de quem apresente sintomatologia descontrolada.

As notas de campo foram um recurso utilizado para durante o estágio registar as observações e intervenções levadas a cabo junto da equipa no que se refere ao acompanhamento realizado pelos enfermeiros à pessoa submetida a RT pélvica, bem como a dinâmica e interação com a equipa multidisciplinar.

---

<sup>4</sup> CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Segundo Benner “os conhecimentos incluídos na perícia clínica são a chave do progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência da enfermagem” (2001, p.33). Apesar da limitação do tempo de estágio e indo ao encontro da afirmação considero que os objetivos e atividades propostas foram atingidos. A sua concretização encontra-se retratada de forma sumária no cronograma que se encontra em apêndice (cf. apêndice 6). O estágio no serviço A contribuiu para a aquisição de competências, partilha de conhecimentos acerca da disciplina e estabelecimento de contactos para futuros projetos e/ou encaminhamento de situações específicas da prestação de cuidados.

## **1.2. Desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para a capacitação da pessoa e família para a RT pélvica e suas implicações na qualidade de vida**

A proposta de realização de estágio no serviço B foi realizada uma vez que já havia tido um contacto prévio com esta unidade de RT e conhecia o projeto de intervenção de enfermagem nela desenvolvido e que vai de encontro do que eu pretendia realizar no serviço C, mas adaptado às necessidades da população e segundo os padrões da instituição. Este serviço encontra-se articulado com o grupo de oncosexologia da instituição a que pertence, tal como com a equipa de feridas. Tal permitiu-me desenvolver competências em áreas de intervenção nas quais não tinha muita experiência prática, possuindo então e maioritariamente um conhecimento teórico.

Deste modo, passo a descrever as atividades realizadas para alcançar os objetivos específicos definidos.

- Compreender a dinâmica organizacional do serviço e a articulação com a equipa multidisciplinar

### Atividades desenvolvidas

- Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem no serviço e com a equipa multidisciplinar;
- Realização de entrevistas aos enfermeiros da unidade;

- Consulta de guias de integração e/ou manual de normas e procedimentos do serviço.

Tendo em conta que o meu objetivo incidiu sobre a consulta de enfermagem procurei junto da minha orientadora organizar o estágio de modo a permanecer maioritariamente nesta área de intervenção, tendo realizado apenas alguns turnos na sala de acolhimento, para compreender a dinâmica organizacional da equipa e o tipo de cuidados aí prestados.

Para além das informações e esclarecimentos da minha orientadora, foi também fulcral a leitura do guia de integração à unidade de RT que apresenta uma descrição pormenorizada dos objetivos, contexto e funcionamento do acompanhamento realizado pela equipa de enfermagem.

Durante as duas primeiras semanas de estágio procurei realizar as entrevistas a que me havia proposto, cujos guiões foram inicialmente revistos pelo professor orientador e autorizados pela enfermeira chefe, tendo conseguido realizar a mesma a seis dos oito enfermeiros (cf. apêndice 7). Destas entrevistas resultou que os enfermeiros da unidade consideram o acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica adequado, no entanto insuficiente visto depender do encaminhamento do radioncologista e nem sempre esse encaminhamento é realizado em tempo útil, sendo já muitas vezes efetuado apenas quando a toxicidade está instalada, nomeadamente no caso das radiodermites.

Quando procurei identificar quais as necessidades emergentes da pessoa submetida a RT pélvica maioritariamente afirmam: informação, controlo sintomático e vivência da sexualidade. Estas necessidades vão ao encontro do analisado na literatura onde a informação é tida como fundamental para a satisfação da pessoa submetida a RT pélvica (Nicolaisen et al., 2014), o controlo sintomático permite à pessoa a manutenção da sua capacidade de viver o seu quotidiano (Pasek et al., 2012; Pinkawa et al., 2010; Abayomi et al., 2005), e a vivência da sexualidade sofre a influência de muitos fatores afetando o seu bem-estar (Bhattasali et al., 2014; Fakhrian et al., 2013; Katz et al., 2012; Howlett et al., 2010; Galbraith et al., 2005). Já a família apresenta necessidade de apoio emocional e validação de informação, pois constitui um dos principais suportes da pessoa submetida a RT pélvica (Queenan et al., 2010; Galbraith et al., 2005).

Relativamente às dificuldades na abordagem à pessoa e família submetida a RT pélvica os enfermeiros em questão referiram dificuldade na adequação do espaço e ambiente. Isto porque como a sala de tratamentos é utilizada com dois fins, realização de tratamentos e consultas de enfermagem, nem sempre se consegue proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, favorável à realização de uma consulta de enfermagem e às partilhas inerentes. Especialmente na consulta de oncosexologia que pelo caráter de intimidade e de necessidade de estabelecimento de uma relação de confiança fica comprometida pelas constantes interrupções. Assim sendo, procuram como estratégia utilizar outro espaço quando disponível, podendo ser os gabinetes médicos ou o espaço da criança. O último também não é considerado adequado, contudo por vezes é o único onde será possível desenvolver a consulta sem se ser interrompido.

No serviço A as dificuldades dos enfermeiros na abordagem à pessoa submetida a RT pélvica incidiam sobre a abordagem à sexualidade, no entanto, no serviço B onde existe um acompanhamento a este nível, esta problemática já não é relatada, sendo portanto fundamental a formação e o desenvolvimento de competências neste âmbito de intervenção para que seja possível dar resposta a esta necessidade. Isto porque maioritariamente os doentes esperam que seja o profissional de saúde a tomar a iniciativa de abordar as questões relacionadas com a sexualidade (Fleury, Pantaroto & Abdo, 2011).

- Compreender o papel do enfermeiro no atendimento e acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica, nomeadamente na consulta de enfermagem.

#### Atividades desenvolvidas

- Observação da abordagem da equipa de enfermagem à pessoa e família face às suas necessidades;
- Identificação e análise de documentos de apoio à consulta de enfermagem;
- Avaliação das condições materiais e estruturais da consulta de enfermagem;
- Identificação/desenvolvimento de estratégias comunicacionais na abordagem à pessoa e família nesta fase de vulnerabilidade.

Logo no início do estágio apresentei o meu projeto à enfermeira chefe e à orientadora, no sentido de procurar direccionar as intervenções e potenciar as aprendizagens.

Após dois turnos de observação, leitura e análise dos documentos de apoio à consulta de enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica, onde se inclui o dossier de oncosexologia, iniciei a participação ativa nas consultas de enfermagem de primeira vez e subsequentes, bem como a realização dos procedimentos técnicos inerentes. O facto de já ter experiência na intervenção junto da pessoa submetida a RT permitiu-me ter maior facilidade na participação ativa nas intervenções levadas a cabo. Nesse sentido, Benner (2001) afirma que a perícia existente na prestação de cuidados de enfermagem, possibilita a interpretação de situações clínicas.

Na tabela 2 identifiquei o número de consultas nas quais participei. Nela estão descritos os atos de enfermagem, no âmbito da consulta de enfermagem, praticados em mulheres com patologia do foro ginecológico, referindo-me essencialmente ao acompanhamento de mulheres com carcinoma pavimento celular do colo do útero, carcinoma endometrióide e carcinoma da vulva, patologia do foro protológico, maioritariamente adenocarcinoma do recto e do canal anal e patologia do foro urológico o que neste caso se refere à única situação que havia tido encaminhamento médico para consulta de enfermagem, tratando-se de um tumor do testículo.

**Tabela 2.** Número de consultas e acompanhamentos de enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica

Patologia dos doentes	Ginecológico	Protológico	Urológico	Total
Atos				
Consulta 1ª vez	5	3	1	9
Consulta subsequente	11	8	1	20
Consulta pré BT	11	-	-	11
Oncosexologia	9	-	-	9
Follow-up telefónico	6	-	-	6
Follow-up presencial	1	-	-	1
Dilatação vaginal em sala	2	-	-	2
Sala de tratamentos	31	17	4	52
Total	76	28	6	110

Fonte: Autor

Através da análise da tabela é possível verificar que na unidade de RT o acompanhamento à mulher com patologia do foro ginecológico implica uma abordagem mais diversificada no que se refere às intervenções de enfermagem, tal como o acompanhamento realizado é mais prevalente, tendo representado 69% dos atos realizados junto da pessoa submetida a RT pélvica.

As características deste acompanhamento implicam um grande domínio de competências comunicacionais e conseqüentemente a necessidade de treino nesta área para o seu desenvolvimento, para que possa ser considerado perito no conceito definido por Benner (2001). Segundo esta autora,

as enfermeiras experientes aprenderam a comunicar e a transmitir informações em situações extremas. Assim, são obrigadas a utilizar todos os seus recursos pessoais: a atitude, o tom de voz, o humor, a competência, assim como qualquer outro tipo de abordagem ao doente (Benner, 2001, p. 103).

A comunicação é fundamental na prestação dos cuidados de enfermagem, sendo que existem diferentes modelos e técnicas de abordagem. No entanto saliento o treino de competências comunicacionais no âmbito da sexualidade que desenvolvi no estágio do serviço B. Para tal, foi tido em consideração o Modelo PLISSIT (Annon, 1976), que oferece condições para o acesso às queixas sexuais, com impacto positivo na função sexual através da utilização de técnicas de aconselhamento e orientações básicas a nível psíquico e biológico no controlo da resposta sexual humana.

Este modelo consiste na permissão (P) em que se procura a desculpabilização relativamente ao que é normal, como pensamentos, sentimentos e comportamentos, envolve, principalmente, a desmistificação e quebra de preconceitos. Numa outra fase procura-se informação básica relativa à função sexual e ciclo de resposta sexual, designado por informação limitada (LI). Posteriormente fazem-se sugestões específicas (SS), que permitem uma prática sexual mais eficaz, aconselhando ou sugerindo mudanças comportamentais específicas que promovam a redução dos fatores que estão a inibir a expressão natural da sexualidade. Até esta fase todos os profissionais de saúde podem desenvolver competências para promover o acompanhamento à pessoa neste âmbito de intervenção. Num último nível, a terapia intensiva (IT) deve ser encaminhada a pessoa para um terapeuta sexual pela complexidade que acarreta.

No sentido de compreender de que modo a pessoa submetida a RT pélvica percebe o acompanhamento que lhe é realizado pela equipa de enfermagem e a sua satisfação com o mesmo, procurei nas consultas de alta realizadas colocar questões para perceber a satisfação das pessoas (apêndice 8). Foram envolvidas 12 pessoas que mostraram disponibilidade para tal. A maioria deles afirmou estar muito satisfeito com este acompanhamento e referiram que a única alteração que fariam seria antecipar a consulta para o primeiro dia de tratamento. Afirmaram que depois da consulta de enfermagem sentem-se mais seguros e preparados para cuidar de si mesmos, o que enaltece a necessidade da sua realização de forma antecipada, dado que até lá ficam perdidos nas medidas a adotar. Quando procurei perceber quais as implicações do tratamento com que tinham mais dificuldade em lidar, afirmaram a perda de autocontrolo nas diversas dimensões: físicas, emocionais e de gestão de tempo (pelo tempo dedicado aos tratamentos). Consideraram as informações e apoio prestado indispensáveis para a adaptação ao tratamento, tendo salientado como medida de melhoria a antecipação do acompanhamento de enfermagem. Acrescentaram a necessidade de mais tempo para o esclarecimento de dúvidas, pois muitas vezes sentem que devem resumir as suas queixas/dúvidas para não ocuparem muito tempo aos enfermeiros. O tempo disponibilizado pelos enfermeiros nos cuidados de saúde poderá ser interpretado pela pessoa como de desinteresse e falta de atenção quando as respostas são dadas de forma apressada ou atrasada, contrariamente quando prestados cuidados oportunos, os enfermeiros transmitem a mensagem de preocupação e cuidado (Jones, 2010). Segundo Doran (2011), o tempo que os enfermeiros passam junto das pessoas contribui para uma prática clínica de nível elevado, logo para a melhoria da qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, melhores resultados nos e para os doentes.

No sentido de contribuir para o crescimento e melhoria do acompanhamento realizado pela unidade, no momento de passagem de turno partilhei com a equipa a perspetiva dos doentes e as sugestões realizadas. A partilha entre colegas contribui para o aprofundamento e desenvolvimento de competências, bem como, a reflexão em equipa da prática de cuidados permite desenvolver melhores práticas de cuidados, logo melhores cuidados de saúde para as pessoas (Salum & Prado, 2014; Santos & Rosário, 2012).

As reflexões críticas são fulcrais para o desenvolvimento pessoal e profissional. Isto porque nos remetem para a prática reflexiva, que por sua vez contribui para a melhoria das intervenções de enfermagem junto da população alvo, sendo fundamental para o desenvolvimento de competências (Schutz, 2013). Assim permite ao enfermeiro capacitar-se para o desenvolvimento crescente da sua autoconsciência, aprendendo com os erros e incitando a mudança na prática de cuidados, face às responsabilidades profissionais, considerações éticas e obrigações morais inerentes (Tate, 2013).

Neste sentido, propus-me a realizar 2 reflexões críticas acerca da minha prática de cuidados. Uma incidiu sobre a intervenção relacionada com os cuidados à pessoa com radiodermite e outra na qual enfatizo a introdução à oncosexologia (cf. apêndice 9 e 10, respetivamente). Estas reflexões incidiram sobre estas temáticas, visto que quando me propus à realização do estágio na unidade de RT do serviço B tinha muitas expectativas no desenvolvimento de competências nestas áreas de intervenção específicas, visto serem uma das equipas pioneiras em Portugal na consulta de oncosexologia e, sabia de antemão, serem peritos no âmbito das radiodermites, tendo uma equipa de retaguarda de excelência, a equipa de feridas da instituição. Equipas com as quais pude contactar e perceber a articulação que estabelecem com a unidade.

- Realizar uma avaliação abrangente à pessoa e família de acordo com os fatores de influência inerentes à RT pélvica e a sua singularidade.

#### Atividades desenvolvidas

- Participação nas consultas de enfermagem;
- Organização da informação da consulta de enfermagem de modo a definir um plano de cuidados;
- Identificação das necessidades alteradas;
- Estabelecimento de prioridades de intervenção;
- Mobilização dos conhecimentos baseados na evidência científica para a prática de cuidados;
- Fornecimento ou reforço das informações necessárias para a continuidade dos cuidados, quer à equipa, quer à pessoa e família;

- Aconselhamento e apoio às pessoas e família na gestão dos cuidados e ambiente;
- Acompanhamento e percepção da dinâmica da equipa de oncosexologia nas diferentes valências na instituição;
- Compreensão da dinâmica da equipa de feridas nas intervenções às radiodermites.

A participação nas consultas de enfermagem foram o cenário ideal para o desenvolvimento das competências pretendidas no que se refere à avaliação abrangente da pessoa submetida a RT pélvica e sua família. Deste modo, considerei pertinente a realização de dois estudos de caso em diferentes contextos, estando em apêndice o relacionado com o acompanhamento à mulher com patologia do foro ginecológico (cf. apêndice 11).

A elaboração destes estudos de caso permitiram evidenciar a colheita de dados realizada, a avaliação das necessidades de cuidados identificadas, a definição e implementação do plano de cuidados, assim como, a tomada de decisão ao longo do acompanhamento realizado, envolvendo a pessoa e família, destacando o envolvimento no acompanhamento e as competências desenvolvidas.

Ao longo do estágio e para dar respostas às exigências colocadas fui sempre procurando basear a minha prática não só na perícia e indicação dos meus pares, mas também na evidência científica, tendo partilhado a informação de interesse com a equipa e dinamizado momentos informais de partilha e discussão acerca da informação adquirida.

A RT pélvica pelo facto de assumir um carácter de abordagem de tratamento neoadjuvante, adjuvante ou curativo, implica uma grande articulação entre equipas. Todavia, no serviço B, na RT pélvica destaca-se a importância do grupo de oncosexologia pela possível toxicidade associada.

O grupo de oncosexologia da instituição é constituído por médicos e enfermeiros da equipa de urologia, protologia, ginecologia, radioterapia e psiquiatria/psicoterapia, recebendo doentes encaminhados por qualquer profissional da instituição face à possível disfunção sexual que apresente.

Neste âmbito, para além de ter participado e desenvolvido competências de intervenção nesta área junto da representante do grupo na unidade de RT, pude reunir-me com a enfermeira representante do grupo de oncosexologia da

urologia e protologia para perceber como é organizado o acompanhamento e que intervenções são levadas a cabo.

No que diz respeito às mulheres com patologia ginecológica, maioritariamente são submetidas a RT e, neste contexto, a abordagem à sexualidade é iniciada desde a consulta de primeira vez, tal como, existe o programa de prevenção da estenose vaginal que se inicia na unidade de RT. Este poderá ser implementado imediatamente após a RT (na consulta de alta de enfermagem) e/ou associado à BT, onde é realizada uma consulta para capacitação da mulher para o início da atividade sexual e estratégias a utilizar para prevenir a estenose vaginal. Posteriormente, é realizado um *follow-up* presencial e/ou telefónico para reavaliação e ajuste de estratégias caso necessário. Aos três meses têm consulta de ginecologia e nesse contexto passa a ser acompanhada pela equipa de oncosexologia da unidade de ginecologia (médico e enfermeiro).

Quanto à unidade de urologia, como as pessoas não têm maioritariamente acompanhamento de enfermagem, serão encaminhados apenas após o tratamento caso apresentem sintomatologia. Neste caso, têm consulta médica de urologia e posteriormente consulta de enfermagem, onde depois de ter sido instituída a medida terapêutica pelo médico, o doente será reavaliado quanto à disfunção existente e a vivência dessa disfunção/expectativas face ao acompanhamento que será iniciado e capacitado para o processo de reabilitação. Este processo envolve uma disponibilidade física, emocional e económica. Perante este facto existe três fatores de relevância na avaliação às intervenções levadas a cabo e desenvolvidas por cada pessoa de forma individualizada: a confiança, *performance* e satisfação. Perante estes, a forma como o acompanhamento se encontra organizado varia de pessoa para pessoa de modo a dar resposta à singularidade de cada um.

As pessoas com patologia do foro protológico, geralmente, se tiverem realizado quimioterapia e RT, terão no momento da alta da RT indicações dos cuidados a ter que variam de acordo com o género. Se não tiverem indicação para cirurgia serão observados já tardiamente, logo com possível toxicidade já instalada. Assim, a avaliação pela equipa de enfermagem da RT na consulta de alta de enfermagem assume um carácter fulcral para a intervenção precoce de acordo com a toxicidade aguda apresentada e respetivo encaminhamento,

assim como para a prevenção e preparação para a possível toxicidade tardia. Caso tenham indicação para cirurgia, terão uma avaliação na consulta pré-cirúrgica, onde entre outros temas é abordada a vivência da sexualidade e posteriormente mantêm o acompanhamento no pós cirúrgico. Nestes encontros os enfermeiros procuram promover a autonomia e autocuidado, bem como o reinício da atividade sexual.

Para melhor percepção deste encaminhamento realizei o fluxograma (cf. imagem 1) que reflete a articulação e o encaminhamento dos doentes no grupo de oncosexologia pós tratamento de RT pélvica.

**Imagem 1.** Articulação e encaminhamento dos doentes do grupo de oncosexologia após tratamento de RT

Área de Intervenção	Intervenção de Enfermagem na unidade de RT	Follow-up enfermagem RT	Unidade de Origem
RT Ginecológica	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">Consulta 1ª vez --- Consulta subsequente</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">Sem Braquiterapia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">Consulta de alta e oncosexologia (última sessão)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">Com Braquiterapia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">Consulta pré Braquiterapia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">Consulta oncosexologia (2 semanas após)</div> </div>	Follow-up presencial ou telefónico (2 a 3 semanas pós RT)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Consulta médica ginecologia (3 meses após RT)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Consulta de avaliação de enfermagem e oncosexologia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Acompanhamento de oncosexologia de acordo com as necessidades</div> </div>
RT Protológica	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 15%;">Consulta 1ª vez --- Consulta subsequente</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 40%;">Consulta de alta e oncosexologia (última sessão)</div> </div>	Follow-up presencial/ telefónico (2 a 3 semanas pós RT se mulher)	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Se indicação cirúrgica: consulta de enfermagem pré e pós cirúrgico</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Consulta de avaliação de enfermagem e oncosexologia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Acompanhamento de oncosexologia de acordo com as necessidades</div> </div>
RT Urológica			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Se <u>sintomatologia</u> pós RT: Consulta com urologista</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Consulta de avaliação de enfermagem e oncosexologia</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 30%;">Acompanhamento de oncosexologia de acordo com as necessidades</div> </div>

Fonte: Autor

A realização do estágio no serviço B permitiu-me desenvolver competências com uma equipa perita, com um projeto de intervenção de enfermagem implementado e com reconhecimento dos benefícios pela equipa multidisciplinar. Assim, a prática é fundamental à consolidação dos conceitos teóricos, assumindo a aprendizagem experimental um papel muito importante no desenvolvimento de competências pelos enfermeiros, pois, segundo Benner, se por um lado “a experiência permite à especialista tomar decisões rápidas fundadas em exemplos concretos”, por outro “a perita age muitas vezes por intuição coisa impossível de aprender ou ensinar de uma maneira conceptual” (2001, p.209). Tal vai ao encontro do preconizado para o enfermeiro especialista, na medida em que deverá deter conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza na prática clínica para avaliação das

necessidades da população a quem presta cuidados em diferentes contextos da sua intervenção (OE, 2010).

Considero perante o referido que os objetivos e tarefas propostos para o estágio no serviço B foram atingidos, encontrando-se os mesmos esquematizados no cronograma de atividades (cf. apêndice 12).

### **1.3. Planeamento e implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica para capacitar a pessoa e família para a RT pélvica, promovendo o acompanhamento pré, intra e pós tratamento**

O estágio no serviço C, local onde presto cuidados de enfermagem, teve como objetivo geral planear e implementar a consulta de enfermagem uroprotoginecológica. Isto porque o acompanhamento à pessoa e família submetida a RT pélvica não se encontrava devidamente estruturado, sendo este fundamental para a vivência do tratamento (White, 2015; Nicolaisen et al., 2014; Pasek et al., 2012; Wong et al., 2011).

Para o planeamento e implementação da consulta foi fundamental a reflexão sobre a informação recolhida na revisão sistemática da literatura, a realização dos estágios no serviço A e B, percebendo as possíveis dificuldades inerentes à implementação da consulta de enfermagem, bem como a interação com os orientadores, tal como o envolvimento da equipa multidisciplinar do serviço C.

Tendo por base o referido, descrevo seguidamente os objetivos estabelecidos e atividades realizadas.

- Planear a consulta de enfermagem uroprotoginecológica

#### Atividades desenvolvidas

- Elaboração de uma proposta de intervenção e acompanhamento de enfermagem;
- Realização de um guia de integração à intervenção junto da pessoa submetida a RT pélvica e sua família.

Nas unidades de RT os enfermeiros são geralmente a classe profissional minoritária no que se refere ao número de elementos. Desta forma, é fundamental para o desenvolvimento de projetos de intervenção o envolvimento da equipa multidisciplinar, principalmente dos radioncologista para que possam ser efetivados e reconhecidos na prática clínica.

Depois das experiências nos estágios anteriores compreendi que este aspeto era fundamental, motivo pelo qual iniciei o estágio com a realização de reuniões individuais com os médicos responsáveis por cada área de tratamento inerente à RT pélvica. Nestas procurei explicar as motivações e o objetivo do projeto de intervenção, negociando em conjunto com eles o protocolo de intervenção de enfermagem. Desta forma, torna-se possível a autonomia da intervenção, sem necessidade de encaminhamento médico prévio. Estas reuniões foram realizadas com os radioncologistas responsáveis pela RT ginecológica, protológica e urológica. Após conclusão da proposta da consulta de enfermagem uroprotoginecológica foi envolvida a enfermeira coordenadora da instituição do serviço C para devida avaliação e discussão da implementação do projeto. Desde logo, demonstrou agrado, concordou e autorizou a sua implementação. Posteriormente, reuni com o diretor clínico do serviço C onde expus o projeto desenvolvido, explicitando o atual défice de acompanhamento realizado na unidade nesta área e as implicações do mesmo. Um dos fortes argumentos utilizados foi a apresentação do diagnóstico do serviço com base nos registos realizados pelos radioncologista e enfermeiros no acompanhamento da pessoa e família submetida a RT pélvica onde é evidente uma lacuna na identificação das alterações, prioridades e encaminhamento face às necessidades individuais e emergentes da pessoa e família no período pré, intra e pós RT (cf. apêndice 13). Perante o referido o diretor clínico apoiou sem restrições o projeto proposto uma vez que contribui para a melhoria da assistência prestada na unidade de RT.

Posto isto, foi realizado um guia de integração à consulta de enfermagem uroprotoginecológica (cf. apêndice 14). A elaboração do mesmo pretende sistematizar as intervenções de enfermagem realizadas, nos diferentes momentos de abordagem, uniformizando a informação transmitida e cuidados prestados, o que contribuiu para práticas mais seguras e eficazes, melhorando a eficiência dos serviços e a otimização dos recursos.

- Sensibilizar a equipa para a temática e projeto a ser implementado na unidade de RT

#### Atividades desenvolvidas

- Apresentação do projeto à equipa;
- Realização de uma sessão de sensibilização onde evidencia a *checklist* das necessidades da pessoa submetida RT pélvica e toxicidade aguda e tardia.

Após obter aprovação por todas as partes envolvidas no acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica, enfermeira coordenadora e diretor clínico, foi realizada a apresentação do projeto à equipa no início de uma reunião clínica realizada no serviço C. Com esta apresentação procurei dar espaço à equipa para manifestar a sua opinião sobre o projeto e sugestões. Desde logo, todos manifestaram agrado e aprovação. Durante esta apresentação foi também realizada a sensibilização da equipa para as necessidades da pessoa submetida a RT pélvica e toxicidade aguda e tardia. Neste contexto foi aplicado um questionário para perceber de que modo os profissionais na sua prática abordam a pessoa submetida a RT pélvica e em que medida na sua opinião a consulta de enfermagem uroprotoginecológica constitui uma mais-valia para a unidade de RT. Este questionário foi previamente submetido a aprovação pela enfermeira coordenadora e orientadora do local de estágio e professor orientador. O questionário de avaliação e respetiva análise de dados encontram-se em apêndice (cf. apêndice 15). Como resultado da apresentação referida foi solicitado pela equipa médica a apresentação do projeto de intervenção na unidade de ginecologia, especificando as intervenções direcionadas a esta área, o que permitiu o estabelecimento de linhas de articulação interunidades, bem como promoveu a sua aceitação e interesse pelos diferentes elementos presentes na reunião multidisciplinar de decisão terapêutica e que mostraram interesse em participar ativamente no projeto em implementação.

O acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica a ser realizado no âmbito da consulta uroprotoginecológica e que fora objeto de aprovação pelas diferentes equipas e elementos envolvidos no seu processo de implementação encontra-se esquematizado na imagem 2.

**Imagem 2.** Percurso de acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica e diferentes momentos de realização

Percurso RT pélvica				
Área de Intervenção	Consulta de Acolhimento de enfermagem	Consulta de Acompanhamento de enfermagem	Consulta de Alta de enfermagem	Follow-up de enfermagem após RT
RT Ginecológica	Pré RT ou 1ª Sessão de RT	- 10ª e 20ª sessão; - Se SBRT Ginecológico, em todas as sessões; - Ajustado às necessidades.	Última sessão de RT	Follow-up presencial ou telefónico pós RT: - 2 Semanas - 1Mês - 3 Meses
RT Protológica	Pré RT ou 1ª Sessão de RT	- Até à 10ª sessão; - Se SBRT recto/canal anal, ao longo de todas as sessões; - Ajustado às necessidades.	Última sessão de RT	Follow-up presencial ou telefónico pós RT: - 2 Semanas - 1Mês - 3 Meses
RT Urológica	Pré RT ou 1ª sessão de RT	- Até à 10ª sessão; - Se SBRT prostática, em todas as sessões; - Ajustado às necessidades.	Última sessão de RT	Follow-up presencial ou telefónico pós RT: - 2 Semanas - 1Mês - 3 Meses

Fonte: Autor

- Estabelecer estratégias de gestão e controlo de toxicidade aguda e tardia da RT pélvica

### Atividades desenvolvidas

- Realização de um folheto informativo acerca do tratamento, toxicidade aguda e tardia e cuidados a ter pré, intra e pós tratamento;
- Estabelecer algoritmo de intervenção de enfermagem de acordo com a localização e tipo de tratamento.

Dando continuidade ao realizado no objetivo anterior foi importante desenvolver junto da pessoa e família submetida a RT pélvica estratégias que lhe permitissem compreender o seu tratamento e, deste modo, perceber a sintomatologia associada e medidas a adotar para as minimizar. Aspectos essenciais para a promoção e reforço do potencial da pessoa submetida a RT pélvica para a identificação das necessidades associadas ao tratamento, resolução dos problemas, bem como a mobilização de recursos, fundamentais para a capacitação (Cabete, 2012; Onega, 2006).

Desta forma, foi elaborado um folheto informativo para apoio da pessoa e família visando a sua capacitação ao longo das diferentes fases do tratamento. Neste consta uma breve explicação do tratamento de RT, o objetivo da consulta uroprotoginecológica, a principal toxicidade associada, cuidados a ter durante o tratamento e após, com espaço para a introdução de cuidados específicos associados ao tratamento proposto e realizado. Para além disso incluiu o nome e contacto de referência do enfermeiro. Este folheto

deverá ser entregue no acolhimento realizado como consta do guia de integração à consulta onde é possível consultar o folheto descrito (cf. apêndice 14). Também este documento foi objeto de apreciação pela enfermeira coordenadora e orientadora e professor orientador, previamente à sua distribuição.

Na procura da autonomia das intervenções de enfermagem aliada à coesão da equipa estabeleci estratégias de controlo da toxicidade junto com a equipa médica associada ao tratamento da RT pélvica, resultando um algoritmo de intervenção na consulta de enfermagem uroprotoginecológica (cf. apêndice 14). A elaboração de documentos normativos contribui para intervenções de enfermagem que visem prevenir complicações de natureza fisiológica, psíquica, social e afetiva (OE, 2007a). Para além disso, segundo o mesmo autor, promovem o controlo de sintomas através dos ensinamentos à pessoa na gestão da sua atual situação de saúde (tratamento de RT pélvica), melhorando os resultados e qualidade de vida, o que conduz a maior satisfação na relação enfermeiro-doente e, conseqüentemente, no serviço C e instituição em que está inserido.

- Implementar a consulta de enfermagem uroprotoginecológica, aplicando as competências adquiridas e/ou desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família submetida a RT pélvica

#### Atividades desenvolvidas

- Realização da consulta de acolhimento pré RT, no sentido de avaliar os conhecimentos e necessidades da pessoa e família submetida a RT;
- Promoção do acompanhamento durante o tratamento, segundo o protocolo estabelecido e necessidades emergentes;
- Estabelecimento de prioridades de intervenção e medidas de otimização para capacitar a pessoa;
- Avaliação, monitorização e controlo da toxicidade aguda e tardia;
- Realização de ensinamentos das medidas preventivas;
- Envolvimento da família na dinâmica de cuidados;
- Promoção da reabilitação;

- Desenvolvimento de um questionário de satisfação para a pessoa e família avaliar o acompanhamento de enfermagem;
- Envolvimento da equipa multidisciplinar na marcha terapêutica da pessoa e família.

A implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica iniciou-se após aprovação e concordância da estrutura da mesma pelos radioncologistas que intervêm diretamente na RT pélvica, diretor clínico e enfermeira coordenadora. A sua concretização seguiu as diretrizes do guia de integração à consulta, do qual consta o guião da consulta uroprotoginecológica que inclui os diferentes momentos de contacto de enfermagem ao longo do percurso de tratamento, de forma a promover a coerência na abordagem e acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica e sua família (cf. apêndice 14). Este documento foi analisado pela enfermeira coordenadora e orientadora e pelo professor orientador, objeto de sugestões de melhoria, tendo culminado com o parecer de todos os envolvidos e sua aplicação.

Em função da execução da consulta de enfermagem uroprotoginecológica foi produzida uma base de dados, por forma a conseguir caracterizar a população, evidenciar as principais alterações prévias ao tratamento, durante o tratamento e pós tratamento, bem como perceber o tempo necessário para a realização dos diferentes momentos da consulta. A análise e reflexão dos dados obtidos até ao término do estágio foi colocada em apêndice (cf. apêndice 16). Através da base de dados é possível verificar que a evidência referida na literatura, também se constata na minha realidade da prática de cuidados, sendo prevalente as alterações urinárias, intestinais e da vivência da sexualidade, assim como a fadiga, maioritariamente de carácter ligeiro e passível de recuperação.

Tendo como objetivo a capacitação da pessoa e família submetida a RT pélvica para as implicações do tratamento a curto e a longo prazo, a estrutura da consulta foi planeada de forma a permitir esse processo.

A capacitação é um processo interno de crescimento, que se desenvolve no sentido de um aumento dos conhecimentos, das capacidades e da consciência acerca das potencialidades, limites e direitos próprios, implicando a participação ativa da pessoa, na relação desta com o enfermeiro (Cabete, 2012). De acordo com a mesma autora, isto pressupõe que o enfermeiro

mobilize diferentes estratégias que incluem: desenvolver e manter uma relação de confiança, advogar, providenciar informação, dar suporte e encorajamento. Neste sentido, a capacitação visa aumentar o poder e controlo da pessoa sobre a sua situação, ao potencializar uma tomada de decisão informada e responsável, e uma participação ativa nos cuidados (Cabete, 2012). Para tal, as intervenções do enfermeiro não se deverão limitar à transmissão de informação, mas sim implicam a mobilização interativa de diferentes estratégias. Segundo Cabete (2012), para o processo de capacitação é fundamental ter em consideração os fatores que influenciam este processo: formação individual (género, família, cultura, situação económica, personalidade, crenças), contexto social e político, padrão de comportamento (paternalismo, autoridade, poder hierárquico), partilha de conhecimento/informação, relação entre “*empowerer*” e “*empowered*” e competências comunicacionais.

Neste sentido, tendo em consideração o referido anteriormente e perspetivando a prática de cuidados no âmbito da consulta uroprotoginecológica, procurarei estabelecer o processo de capacitação da pessoa submetida a RT pélvica de acordo com as seguintes etapas:

- Participar de forma voluntária na consulta de enfermagem uroprotoginecológica;
- Identificar se a pessoa pretende vivenciar este acompanhamento sozinha ou se pretende envolver alguma pessoa de referência;
- Avaliar o conhecimento existente acerca do tratamento e o que pretende saber;
- Ajustar as informações/ensinos às necessidades da pessoa e implicações do tratamento;
- Perceber a vontade e motivação da pessoa para o processo de aprendizagem e acompanhamento;
- Avaliar a capacidade da pessoa e/ou pessoa de referência para a apreensão da informação e ensinos ao longo do percurso de tratamento;
- Identificar a existência dos diversos recursos para a continuidade desses cuidados.

Como forma de espelhar o acompanhamento realizado, intervenções inerentes à consulta de enfermagem uroprotoginecológica e os resultados

obtidos, realizei um estudo de caso acerca do acompanhamento a um homem com adenocarcinoma da próstata submetido a um tratamento realizado exclusivamente no serviço C (cf. apêndice 17). Este tem particular interesse uma vez que é um dos tipos de acompanhamento de enfermagem mais prevalentes no serviço C e, portanto, na consulta de enfermagem uroprotoginecológica, como é possível verificar na tabela abaixo apresentada.

**Tabela 3.** Número de atos associados à intervenção na consulta de enfermagem uroprotoginecológica, junto da pessoa submetida a RT pélvica

Atos	Patologia dos doentes	Ginecológico	Protológico	Urológico	Total
Acolhimento		11	4	35	50
Acompanhamento		30	5	75	110
Alta		8	-	19	27
Follow-up telefónico		6	-	10	16
Follow-up presencial		1	-	-	1
Total		56	9	139	204

Fonte: Autor

O acompanhamento no caso de pessoas com patologia do foro ginecológico está relacionado maioritariamente com carcinoma do endométrio e do colo do útero, sendo que neste, cinco mulheres realizaram exclusivamente RT à pélvis (23 frações), quatro foram submetidas a RT à pélvis (23 frações) em associação com SBRT<sup>5</sup> ginecológica (3 a 5 frações) e duas realizaram SBRT ginecológica (3 a 5 frações). Quanto ao foro protológico diz respeito a adenocarcinoma do recto/canal anal, em que três pessoas realizaram RT recto/canal anal e uma realizou SBRT recto/canal anal. Por fim o acompanhamento à pessoa com patologia do foro urológico respeita ao homem com adenocarcinoma da próstata, sendo que 9 realizaram RT prostática e 26 realizaram SBRT prostática. As explicações e especificidades dos tratamentos acima referidos encontram-se evidenciadas no guia de integração à consulta de enfermagem uroprotoginecológica já referenciado (cf. apêndice 14).

Para avaliar a pertinência e eficácia das intervenções levadas a cabo e a estrutura da consulta criei um questionário de satisfação com base no

<sup>5</sup> SBRT - *Stereotactic Body Radiation Therapy*. Técnica recente, diz respeito à utilização de feixes de radiação muito precisos de alta dose, numa determinada localização. A utilização desta técnica é recomendada apenas por centros com equipamento adequado e experiência (NCCN, 2016).

questionário de satisfação já aplicado no serviço C e devidamente aprovado pela comissão de ética, contudo adaptado para ser aplicado unicamente à consulta de enfermagem uroprotoginecológica (cf. apêndice 18). Através da análise destes questionários verifica-se a total satisfação das pessoas submetidas a RT pélvica quanto ao acompanhamento realizado, uma vez que foi aplicado após consulta de alta.

Com a consulta de enfermagem uroprotoginecológica pretendo a capacitação da pessoa para o tratamento, mas também o desenvolvimento desde logo de medidas de reabilitação que facilitem o processo de adaptação após o tratamento. Assim envolvi neste acompanhamento a nutricionista e a fisioterapeuta (especialista em reabilitação de pavimento pélvico), tendo reunido individualmente com elas e estabelecido métodos de articulação/encaminhamento das pessoas e família. A psicóloga também teve conhecimento do projeto implementado, contudo não foi possível durante o estágio reunir com ela, no entanto, mostrou-se desde logo disponível para apoiar e participar no projeto.

Todas as atividades que me havia proposto foram realizadas o que permitiu atingir os objetivos definidos. Tendo ainda realizado algumas atividades que inicialmente não haviam sido planeadas mas que fizeram sentido para a concretização do projeto, nomeadamente a reunião junto dos médicos responsáveis por cada uma das áreas de tratamento inerentes à consulta de enfermagem uroprotoginecológica e a apresentação do projeto de intervenção na unidade de ginecologia e sua aceitação. Enfatizando a importância do papel das intervenções de enfermagem no seio da equipa multidisciplinar e na definição de estratégias de intervenção eficazes que visem ganhos em saúde e a excelência do exercício profissional (OE, 2007a).

O cronograma das atividades realizadas no estágio do serviço C encontra-se no apêndice 19.

## 2. AVALIAÇÃO

### 2.1. Pontos fortes

A realização dos estágios no serviço A, B e C permitiu-me interagir e partilhar experiências/conhecimentos com enfermeiros peritos, mestres e especialistas na intervenção à pessoa submetida a RT. Tal facto tornou este período rico em desenvolvimento pessoal e profissional neste âmbito da prestação de cuidados de enfermagem.

Considero desde logo um ponto forte, o facto de ter cerca de três anos de experiência na prestação de cuidados à pessoa submetida a RT.

Segundo Benner (2001), o enfermeiro desenvolve as suas competências de forma gradual e ao longo do tempo, sendo condicionado pela capacidade de interiorização, reflexão e características individuais, tal como pelo contexto profissional. Para além da aprendizagem teórico-prática no contexto dos estágios, as reflexões críticas sobre a prestação dos cuidados realizados foram uma oportunidade para a aquisição de conhecimento, análise das intervenções e melhoria da prática de cuidados. Aspectos fundamentais para a prática de cuidados enquanto enfermeiro especialista, ao qual são exigidos cuidados diferenciados e de excelência (OE, 2010). Deste modo, a realização dos estágios proporcionou o ambiente ideal para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista (OE, 2010), enfermeira especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), enfermeira oncologista (EONS, 2013) e mestre (*Joint Quality Initiative informal group*, 2004). O desenvolvimento destas competências encontra-se descrito de forma pormenorizada em apêndice (cf. apêndice 20)

No estágio no serviço A pude contactar com uma realidade nova, sobre a qual não tinha conhecimento, mas que apresenta uma grande organização com o encaminhamento bem determinado. Foi também muito positivo uma vez que este serviço apresenta condições físicas e de recursos humanos adequadas para uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Outro dos pontos a destacar diz respeito à utilização de registos informáticos, neste caso a CIPE, que permite o acesso a todo o historial clínico e um encaminhamento multidisciplinar mais eficaz. Para além disso estão instituídos

documentos normativos dos registos de enfermagem, uniformizando a linguagem utilizada. Tal constituiu-se como uma oportunidade de desenvolvimento e familiarização desta metodologia de registo.

Quanto ao estágio no serviço B permitiu-me um contacto aprofundado com a consulta de enfermagem, estrutura, organização e articulação entre equipas. Sendo que neste local saliento as competências e conhecimento desenvolvido no âmbito da oncosexologia (estratégias de abordagem, competências comunicacionais) e na prestação de cuidados à pessoa com radiodermite. De ressaltar a existência de um manual onde está descrito pormenorizadamente a abordagem à pessoa submetida a RT e que a equipa segue como linha orientadora da intervenção e que facilitou a minha integração na equipa e prestação de cuidados.

O ultimo estágio, no serviço C, onde implementei a consulta de enfermagem uroprotoginecológica, consistiu na integração de todos os conhecimentos e competências desenvolvidas e/ou adquiridas até então. Neste estágio destaco como pontos fortes a dinamização e envolvimento da equipa multidisciplinar e instituição na adesão ao projeto implementado.

Com base no acima referido, os estágios foram realizados com grande empenho e dedicação, aproveitando todos os momentos como oportunidades de crescimento e desenvolvimento.

Em suma, os enfermeiros orientadores dos estágios realizados classificaram positivamente a minha intervenção (cf. apêndice 21).

## **2.2. Pontos fracos**

Os obstáculos ou dificuldades fazem parte do processo de aprendizagem e ao longo desta aprendizagem profissional não foi exceção.

No serviço A destaco o tempo de estágio reduzido. Teria sido uma mais-valia passar mais tempo neste serviço contudo pela sua localização, no Norte do país, e pela dinâmica da unidade onde presto cuidados não foi possível alongar a experiência. Para além dos inconvenientes associados a despesas e viagens. Neste serviço deparei-me ainda com mais duas dificuldades: a escassez de acompanhamento ao nível da RT pélvica e dependência do encaminhamento médico para a consulta de enfermagem como é possível verificar na descrição do serviço já realizada (cf. apêndice 2).

Quanto ao serviço B os registos existentes no serviço e instituição permanecem em formato de papel, tal provoca dificuldades no acesso aos mesmos, sendo difícil a sua organização e influenciando a partilha da informação entre equipas, logo a continuidade dos cuidados. Os recursos físicos e humanos escassos foram um obstáculo à prestação dos cuidados de enfermagem. Durante o período de estágio houveram greves, alguns elementos da equipa de RT com certificados de incapacidade temporária, o que provocou também ajustes na dinâmica habitual da equipa e por conseguinte na realização do estágio, aliado ainda ao facto da instituição se encontrar numa fase de reorganização de equipas.

No serviço C, as dificuldades emergentes assentam no agendamento adequado da consulta de enfermagem uroprotoginecológica. Tendo em conta que existem apenas duas enfermeiras na unidade e apenas uma realiza a consulta, a gestão dos cuidados é fundamental. Assim sendo, é o enfermeiro que agenda a consulta e posteriormente encaminha para marcação pelo administrativo. O facto de não existir uma lista de espera no serviço C faz com que o tempo que decorre desde a consulta de proposta de tratamento pelo radioncologista, até ao início do tratamento de RT seja muito célere, logo pode constituir um fator limitativo para a gestão eficaz das marcações da consulta.

### **2.3. Contribuição da consulta de enfermagem uroprotoginecológica para a melhoria da qualidade dos cuidados**

A implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica visa a capacitação da pessoa e família submetida a RT pélvica a curto e a longo prazo. Neste sentido, pretende contribuir para a promoção e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no serviço C.

Para a possível mensuração desta melhoria foi elaborado o guia de integração à consulta com as diretrizes do acompanhamento a realizar, bem como o guião de orientação ao acompanhamento realizado de modo a conseguir criar indicadores sobre a efetividade e eficácia da mesma. Estes constituem sínteses informativas úteis para a tomada de decisão no acompanhamento à pessoa e família submetida a RT pélvica (OE, 2007b).

Através da utilização adequada do guião será possível perceber o número de horas de cuidados de enfermagem necessários e portanto contribuir

para o possível ajuste de elementos no serviço C, através dos indicadores de estrutura indicados na tabela 4.

**Tabela 4.** Indicadores de estrutura na avaliação do contributo da consulta uroprotoginecológica na melhoria da qualidade dos cuidados

Indicadores de Estrutura	
$\frac{\text{Número de horas dispensadas para a consulta de enfermagem uroprotoginecológica nos diferentes momentos preconizados (acolhimento, acompanhamento, alta, follow-up 2 semanas, 1 mês e 3 meses)}}{\text{Número de consultas de enfermagem uroprotoginecológica nos diferentes momentos preconizados (acolhimento, acompanhamento, follow-up 2 semanas, 1 mês e 3 meses)}} \times 100$	X100
$\frac{\text{Número de consultas de enfermagem uroprotoginecológica de acolhimento mensais}}{\text{Número de pessoas submetidas a RT pélvica por mês}}$	X100
$\frac{\text{Número de consultas de enfermagem uroprotoginecológica realizadas nos diferentes momentos (acolhimento, acompanhamento, alta, follow-up 2 semanas, 1 mês e 3 meses)}}{\text{Número de consultas de enfermagem uroprotoginecológica planeadas para cada momento (acolhimento, acompanhamento, alta, follow-up 2 semanas, 1 mês e 3 meses)}} \times 100$	X100

Fonte: Autor

Para além do referido, pretende-se relatar as alterações existentes previamente ao tratamento e o seu controlo, enfatizando as intervenções de enfermagem neste acompanhamento.

**Tabela 5.** Indicadores de processo na avaliação do contributo da consulta uroprotoginecológica na melhoria da qualidade dos cuidados

Indicadores de Processo	
$\frac{\text{Número de pessoas com alterações das actividades de vida individualizando a sintomatologia mais prevalente (urinárias, intestinais, vivência da sexualidade)}}{\text{Número de pessoas seguidas na consulta de enfermagem uroprotoginecológica}}$	X100

Fonte: Autor

Outros dos objetivos passa por perceber a contribuição da consulta para a qualidade dos cuidados nela prestados. Sendo fundamental compreender a adaptação da pessoa ao tratamento, a sua adesão aos cuidados indicados, a toxicidade com maior incidência e prevalência nos diferentes momentos do acompanhamento realizado e a satisfação das pessoas submetidas a RT pélvica acompanhadas na consulta de enfermagem uroprotoginecológica, tendo como base o questionário de avaliação da satisfação na unidade submetido a adaptação (cf. apêndice 18).

**Tabela 6.** Indicadores de resultado na avaliação do contributo da consulta uroprotoginecológica na melhoria da qualidade dos cuidados

Indicadores de Resultado	
$\frac{\text{Número de pessoas que apresentaram dificuldade na adaptação à vivência do tratamento}}{\text{Número de pessoas seguidas na consulta de enfermagem uroprotoginecológica}} \times 100$	X100
$\frac{\text{Número de pessoas que aderiram aos ensinios realizados}}{\text{Número de pessoas seguidas na consulta de enfermagem uroprotoginecológica}} \times 100$	X100
$\frac{\text{Número de pessoas que apresentaram toxicidade aguda especificando cada alteração (fadiga, alterações gástricas, urinárias, intestinais, radiodermite, expressão da sexualidade, outros) de acordo com a localização de tratamento}}{\text{Número de pessoas seguidas na consulta de enfermagem uroprotoginecológica nessa localização de tratamento}} \times 100$	X100
$\frac{\text{Grau de satisfação das pessoas quanto à consulta de enfermagem uroprotoginecológica}}{\text{Número de pessoas seguidas na consulta de enfermagem uroprotoginecológica}} \times 100$	X 100

Fonte: Autor

Com a implementação deste projeto pretendi contribuir para: o desenvolvimento do conhecimento e para a melhoria da qualidade de cuidados no âmbito da intervenção de enfermagem no contexto da RT e especificamente na RT pélvica, aprofundando conhecimentos acerca da toxicidade aguda e tardia, medidas preventivas e de controlo sintomático; identificação das necessidades da pessoa submetida a RT pélvica; definição de estratégias de capacitação; compreensão do papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente oncológico em contexto de tratamento de RT em processo de reabilitação; sensibilização e envolvimento da equipa de enfermagem, contribuindo para uma articulação em equipa multidisciplinar mais eficaz.

Tudo isto visa a melhoria da qualidade de vida da pessoa submetida a RT pélvica e sua família, sendo que a aplicação de questionários de qualidade de vida adequados a cada tipo de tratamento seria uma mais-valia para a avaliação das necessidades de prestação de cuidados desta população. No entanto, já existem projetos da unidade, nos quais a equipa de enfermagem se encontra envolvida, que visam esta abordagem, todavia encontram-se ainda sujeitos a avaliação e aprovação pela comissão de ética da instituição.

## CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

A implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica resulta de um longo caminho de aprendizagem que se iniciou no primeiro e segundo semestre do presente curso, através da aquisição de conhecimentos teóricos e discussão dos mesmos face à sua aplicabilidade na prática e possíveis barreiras. Seguidos pela realização dos estágios, que por sua vez nos fazem sair da zona de conforto e nos expõem a diversos estímulos que incitam ao nosso crescimento pessoal e profissional. Durante este percurso a interação/partilha constante com o professor orientador e orientadores dos locais de estágio, foi essencial para o desenvolvimento do presente trabalho, culminando com a redação do relatório de estágio. Este foi um percurso exigente e extenuante, mas muito gratificante pelas competências desenvolvidas e objetivos alcançados.

Desde logo, tive como vantagem a experiência numa unidade de RT o que me permitiu identificar a toxicidade aguda e tardia associada ao tratamento e os cuidados a ter durante o mesmo. Contudo, o desenvolvimento de competências comunicacionais, a identificação de necessidades e implicações do tratamento de RT pélvica na e para a pessoa e seus pares, o desenvolvimento de competências no âmbito do controlo sintomático e sua prevenção, tal como de estratégias de reabilitação foram competências essenciais desenvolvidas e aprimoradas ao longo dos estágios e durante a implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica.

Com base no referido, e seguindo o descrito por Benner (2001), considero que me encontro ao nível de perita na abordagem à pessoa submetida a RT, uma vez que segundo a autora intervem de modo intuitivo, assumindo um papel fulcral no desenvolvimento de conhecimento em que a prática é tornada visível através da descrição das suas experiências, sendo evidenciadas as suas competências. Contudo, considero que no âmbito da abordagem específica à sexualidade encontro-me no nível de iniciado avançado pois diz respeito aos enfermeiros que já vivenciaram situações concretas o suficiente para observar os aspetos mais significativos, sendo geralmente guiados por normas, focando a intervenção na tarefa. Penso estar

em transição para o nível de competente à medida que as intervenções na consulta de enfermagem uroprotoginecológica forem sendo desenvolvidas.

Ao longo do presente relatório evidencio o percurso realizado, bem como os pormenores da estrutura, organização e articulação associada à consulta. Enfatizando o facto de ter sido possível implementar a consulta e a sensibilização e dinamização da equipa não só do serviço C, mas de outros a ele interligados para as problemáticas, necessidades de acompanhamento e encaminhamento da pessoa submetida a RT pélvica. Este foi um projeto bem conseguido e adaptado à realidade da sua aplicação o qual envolveu todos os elementos a ele associados com êxito, nomeadamente a enfermeira coordenadora e diretor clínico. A implicação destes dois elementos foi essencial para o sucesso da implementação do projeto, através de uma argumentação coesa e fundamentada, face à relevância da sua aplicabilidade.

Outro dos aspetos fulcrais na implementação do projeto foi ter tido como alicerce os princípios norteadores da prestação dos cuidados de enfermagem vigentes no Código Deontológico dos Enfermeiros. Todos os estágios realizados foram submetidos a aprovação pelas respetivas instituições. Em todos os contactos e abordagens realizadas, quer com a equipa, quer com os doentes, apresentei-me devidamente face ao meu papel no serviço (estando também devidamente identificada) e tendo solicitado sempre o consentimento verbal para a utilização de qualquer tipo de informação e dados, zelando sempre pela privacidade e anonimato da pessoa.

A implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica é apenas um primeiro passo no caminho a percorrer onde a meta é a excelência dos cuidados. Considero de grande pertinência a elaboração de futuros trabalhos em que se procura aplicar esta estrutura de acompanhamento às diferentes localizações de tratamento associadas à intervenção de enfermagem na unidade de RT; no âmbito da RT pélvica avaliar as especificidades de cada um dos tratamentos realizados e suas repercussões na qualidade de vida da pessoa e família a ele submetidos; com base na literatura e análise dos dados obtidos considero que a criação de um grupo de oncosexologia é fundamental em instituições que prestam cuidados desta natureza e cujas repercussões são de nível físico, emocional, psicológico e social.

Para além disso, considero ainda fundamental mobilizar o conhecimento adquirido para a partilha e contributo do crescimento da disciplina nesta área

de intervenção ainda tão pouco explorada no nosso país, através da redação de artigos em revista de enfermagem, participação em congressos onde pretendo evidenciar a importância da intervenção de enfermagem na RT. A este nível desde o início do curso que me sensibilizei para a importância de tal atitude, tendo apresentado no *1<sup>st</sup> Champalimaud Cancer Nurse Conference* a comunicação “O porquê de um enfermeiro na RT” (cf. apêndice 22) e no I Congresso Internacional Gestão da Transição Segura, a comunicação “Capacitação da pessoa submetida a RT pélvica: um cuidado de enfermagem” (cf. apêndice 23). Este percurso foi também motivacional para a minha inscrição na Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, com particular interesse na participação junto do grupo de trabalho da RT. Depois do percurso realizado sinto que poderei contribuir para a cooperação entre elementos de realidades distintas, possibilitando o desenvolvimento do papel da enfermagem enquanto elemento fundamental e dinamizador nas unidades de RT e na qualidade dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abayomi, J., Kirwan, J., Hackett, A. & Bagnall, G. (2005). A study to investigate women's experiences of radiation enteritis following radiotherapy for cervical cancer. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 18(5), 353-363.

Annon J. (1976). *Behavioral treatment of sexual problems*. New York: Harper & Row.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Bhattasali, O., Chen, L., Woo, J., Park, J., Kim, J., Moures, R.,..., Collins, S. (2014). Patient-reported outcomes following stereotactic body radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *Radiation Oncology*, 9 (52), 1-24.

Bjelic-Radusic, V., Jensen, P., Vlastic, K., Waldenstrom, A., Singer, S., Chie, W., Nordin, A. & Greimel, E. (2012). Quality of life characteristics inpatients with cervical cancer. *European Journal of Cancer*, 48, 3009-3018.

Bruheim, K., Magnetveit, K., Skovlund, E., Balteskard, L., Carlsen, E., Fossa, S. & Guren, M. (2010). Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer. *Acta Oncologica*, 49 (6), 826–832.

Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing.

Direção Geral de Saúde (2009). *Manual de Boas Práticas de Radioterapia*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2013). *Doenças Oncológicas em Números – 2013: Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2014). *Doenças Oncológicas em Números – 2014: Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Direção Geral de Saúde (2016). *Doenças Oncológicas em Números – 2015: Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Doran, D. (2011). *Nursing Sensitive outcomes: State of the science* (2ª ed.). USA: Jones & Bartlett Publishers.

Egestad, H. (2013). How does the radiation therapist affect the cancer patients' experience of the radiation treatment? *European Journal of Cancer Care*, 22, 580-588.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum*. (4ª ed.). Bruxelas: Harris DPI.

Fakhrian, K., Sauer, T., Dinkel, A., Klemm, S., Schuster, T., Molls, M. & Geinitz, H. (2013). Chronic adverse events and quality of life after radiochemotherapy in anal cancer patients. *Strahlentherapie und Onkologie*, 189 (6), 486-494.

Fleury, H.; Pantaroto, H. & Abdo, C. (2011). Sexualidade em oncologia. *Diagnóstico e tratamento*, 16 (2), p. 86-90.

Fransson, P. (2008). Patient-reported lower urinary tract symptoms, urinary incontinence, and quality of life after external beam radiotherapy for localized prostate cancer -15 years' follow-up. A comparison with age-matched controls. *Acta Oncologica*, 47 (5), 852-861.

Frick, E.; Tyroller, M. & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16, 130-136.

Fundação Champalimaud (2016). *Relatório Anual 2015: 2005-2015 Dez anos de atividade*. Lisboa: Fundação Champalimaud.

Acedido 05-02-2017. Disponível em:

[http://www.fchampalimaud.org/media/cms\\_page\\_media/23/Relatorio%2BAnual%2B2015\\_Paginas%2Bduplas\\_Bookmarks.pdf](http://www.fchampalimaud.org/media/cms_page_media/23/Relatorio%2BAnual%2B2015_Paginas%2Bduplas_Bookmarks.pdf)

Galbraith, M., Arechiga, A., Ramirez, J. & Pedro, L. (2005). Prostate Cancer Survivors' and Partners' Self-Reports of Health-Related Quality of Life, Treatment Symptoms, and Marital Satisfaction 2.5–5.5 Years After Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 32 (2), 30-41.

Gilbert, E., Ussher, J. & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70, 42-57.

Gomes, I. (2007). *Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, LDA.

Gosselin-Acomb, T. (2005). Principles of Radiation Therapy. In. C. Yarbro, M. Frogge & M. Goodman. *Cancer nursing: principles and practice* (6<sup>a</sup> ed.) (pp. 230 – 246). Sudbury: Jones and Bartlett.

Gülezer, G.; Taşci, S. & Kaplan, B. (2012). The Experience of Symptoms and Information Needs of Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. *Journal of Cancer Education*, 27 (1), 46-53.

Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Hennies, S., Wolff, H., Jung, K., Rave-Fränk, M., Gaedcke, J., Ghadimi, M., ..., Christiansen, H. (2012). Testicular radiation dose after multimodal curative therapy for locally advanced rectal cancer. *Strahlentherapie und Onkologie*, 10, 926-932.

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência.

Howlett, K., Koetters, T., Edrington, J., West, C., Paul, S., Lee, K.,..., & Miaskowski, C. (2010). Changes in Sexual Function on Mood and Quality of Life in Patients Undergoing Radiation Therapy for Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 58-66.

Joint Quality Initiative informal group, (2004). *Shared 'Dublin' escriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Dublin: JQI. Acedido a 04-03-2017. Disponível em [http://paginas.fe.up.pt/~sfeyo/Docs\\_SFA\\_Bologna/120\\_Ref%20Doc\\_20041018%20%5BJQIG%20Dublin%20Descriptors%5D.pdf](http://paginas.fe.up.pt/~sfeyo/Docs_SFA_Bologna/120_Ref%20Doc_20041018%20%5BJQIG%20Dublin%20Descriptors%5D.pdf)

Jones, T. (2010). A Holistic Framework for Nursing Time: Implications for Theory, Practice, and Research. *Nursing Forum*, 45 (3), 185-196.

Katz, A., Ferrer, M. & Suárez, J. (2012). Comparison of quality of life after stereotactic body radiotherapy and surgery for early-stage prostate cancer. *Radiation Oncology*, 7 (1), 194-202.

Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2016). Guidelines for Patients Prostate Cancer. Version 1.2016. Acedido a 9-01-2017. Disponível em <https://www.nccn.org/patients/guidelines/prostate/files/assets/common/downloads/files/prostate.pdf>

Nicolaisen, M., Muller, S., Patel, H. & Hanssen, T. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3403–3414.

Onega, L. (2006). Powerlessness. In Lubkin, I. & Larsen, P. (2006). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. (6<sup>a</sup> ed.) (pp. 305 – 319). London: Jones and Bartlett Publishers.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2007a). *Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados*. Acedido a 12-02-2017. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2007b). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pasek, M., Suchocka, L. & Urbanski, K. (2012). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 690-697.

Pedersen, B.; Koktved, D. & Nielsen, L. (2013). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 715-723.

Pinkawa, M., Holy, R., Piroth, M., Fishedick, K., Schaar, S., Székely-Orbán, D. & Eble, M. (2010). Consequential late effects after radiotherapy for prostate cancer: a prospective longitudinal quality of life study. *Radiation Oncology*, 5 (27), 1-9.

Pinkawa, M., Piroth, M., Fishedick, K., Nussen, S., Klotz, J., Holy, R. & Eble, M. (2009). Self-assessed bowel toxicity after external beam radiotherapy for prostate cancer - predictive factors on irritative symptoms, incontinence and rectal bleeding. *Radiation Oncology*, 4 (36), 1-10.

Pinto, C. & Ribeiro, J. (2006). A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 37-56.

Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro (2011). Reforma do Sistema de Saúde com vista a garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro. *Diário da República*, 1.ª série — N.º 242.

Queenan, J., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. & Groome, P. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*, 19, 251–259.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi editores.

Salum, N. & Prado, M. (2014). A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23 (2), 301 – 308.

Santos, E. & Rosário, J. (2012). A importância da educação em serviço para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. *Revista enfermagem UFPE on line*, 6 (4), 1818 – 1820.

Schofield, P., Juraskova, L., Bergin, R., Gough, K., Mileskin, L., Krishnasamy, M.,..., Aranda, S. (2013). A nurse- and peer-led support program to assist women in gynaecological oncology receiving curative radiotherapy, the PeNTAGOn study (Peer and nurse support trial to assist women in gynaecological oncology): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials Journal*, 14 (39), 1-11.

Schutz, S. (2013). Assessing and evaluating reflection. In C. Bulman & S. Schutz. *Reflective Practice in Nursing* (pp. 201 - 224). (5<sup>th</sup> ed). Oxford: Wiley-Blackwell.

Silva, A. (2007). "Enfermagem Avançada": um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.

Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 2 (23), 137-150.

Tate, S. (2013). Writing to learn: writing reflectively. In C. Bulman & S. Schutz. *Reflective Practice in Nursing* (pp. 53 - 92). (5<sup>th</sup> ed). Oxford: Wiley-Blackwell.

Tobias, S. (2010). Sexuality & the Gynecologic Cancer Survivor. *Journal of Gynecologic Oncology Nursing*, 10 (1), 17-19.

Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.

White, I. (2015). Sexual Difficulties after Pelvic Radiotherapy: Improving Clinical Management. *Clinical Oncology*, 27, 647-655.

Wong, J., D'Alimonte, L., Angus, J., Paszat, L., Soren, B. & Szumacher, E. (2011). What Do Older Patients with Early Breast Cancer Want to Know While Undergoing Adjuvant Radiotherapy? *Journal of Cancer Education*, 26 (2), 254-261.

World Health Organization (WHO, 2017). *Chronic diseases and health promotion*. Acedido a 02-03-2017. Disponível em: <http://www.who.int/chp/en/>

**APÊNDICES**

**Apêndice 1.**

Resumo da revisão sistemática da literatura

### INTRODUÇÃO

A revisão sistemática da literatura visa compreender o estado da arte e identificar a evidência científica mais recente sobre um determinado assunto. Assim realizei a revisão sistemática da literatura com o objetivo de perceber o estado de arte da minha problemática de interesse, de modo a conseguir fundamentar as intervenções a levar a cabo para a implementação do projeto. Esta foi elaborada durante a fase de execução do projeto (unidade curricular opção II – projeto de formação).

Para uma construção criteriosa e viável orientei-me pela estrutura do protocolo da revisão sistemática da literatura e indo ao encontro do preconizado pelo *The Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide* (2015).

Deste modo, com o presente resumo pretendo apresentar a questão e objetivos da revisão sistemática da literatura, seguidos da estratégia utilizada e resultados obtidos, terminando com a conclusão e implicações para a prática de cuidados.

# 1. QUESTÃO E OBJETIVOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Com a revisão sistemática da literatura pretendo analisar e sintetizar o conhecimento disponível acerca das necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a radioterapia (RT) pélvica. No entanto, durante o período da realização das leituras flutuantes, que antecedeu a presente pesquisa, pude perceber que estas são áreas ainda pouco estudadas quando em conjunto, o que põe em causa a obtenção de informação. Neste sentido, baseada no referido realizei a revisão sistemática da literatura em dois momentos distintos, numa primeira fase procurei perceber quais as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa submetida a RT e, posteriormente, quais as implicações na qualidade de vida da pessoa submetida a RT pélvica.

Assim, formulei as seguintes questões segundo a mnemónica PICO (**P**opulação, **F**enómeno de **I**nteresse e **C**ontexto):

**Questão A** - Quais as necessidades de cuidados de enfermagem (I) à pessoa com doença oncológica (P) submetida a RT (Co)?

**Questão B** - Quais as implicações na qualidade de vida (I) da pessoa com doença oncológica (P) submetida a RT pélvica (Co)?

## 2. ESTRATÉGIA DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

### 2.1. Definição dos critérios de inclusão e exclusão

De modo a adquirir toda a evidência disponível acerca da temática em estudo e para dar resposta às questões colocadas foram definidos critérios de inclusão e exclusão otimizando a pesquisa realizada, que se encontram descritos na tabela 1 e 2, face à questão A e B, respetivamente.

Tabela 1. Critérios de inclusão e exclusão à questão A

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Pessoa com doença oncológica; Idade igual ou superior a 18 anos.	Idade inferior a 18 anos.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Necessidades de cuidados de enfermagem dado as implicações na qualidade de vida, emoções e experiências na doença.	
<b>Contexto</b>	Tratamento de radioterapia externa.	Braquiterapia.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa.	Todos os achados de pesquisa que não mencionem o tipo de metodologia.
<b>Período de tempo</b>	2005 a junho de 2016.	Estudos realizados antes de 2005.

Fonte: Autor

Tabela 2. Critérios de inclusão e exclusão à questão B

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Pessoa com doença oncológica do foro ginecológico, urológico e rectal/canal anal; Idade igual ou superior a 18anos.	Idade inferior a 18 anos.
<b>Fenómeno de Interesse</b>	Implicações do tratamento na qualidade de vida, emoções e experiências da pessoa.	
<b>Contexto</b>	Tratamento de radioterapia externa.	Braquiterapia.
<b>Desenho do estudo</b>	Estudos de abordagem qualitativa ou quantitativa.	Todos os achados de pesquisa que não mencionem o tipo de metodologia.
<b>Período de tempo</b>	2005 a junho de 2016.	Estudos realizados antes de 2005.

Fonte: Autor

## 2.2. Etapas da estratégia de pesquisa

A primeira fase consistiu em determinar os recursos, nomeadamente as bases de dados bibliográficas adequadas, posteriormente foi realizada a seleção dos termos a utilizar, procedeu-se à execução da pesquisa e sua otimização, seleção dos estudos de acordo com os critérios de inclusão e objetivos definidos.

A pesquisa foi efetuada através da *EBSCOhost*, recorrendo à base de dados *CINAHL Plus with Full Text*. Verificou-se previamente que não havia ganhos em realizar a revisão sistemática da literatura noutra base de dados, pelas especificidades da temática. Na busca inicial foram utilizadas as palavras-chave: radioterapia pélvica, doente oncológico, cuidados de enfermagem, qualidade de vida. Após esta etapa e através da leitura dos títulos e resumos, percebendo a viabilidade da pesquisa, prossegui com a elaboração das duas questões já referidas, o que implicou o recurso a novas palavras-chave para cada uma das questões que foram submetidas a indexação de acordo com o dicionário *CINAHL Headings*.

Foram utilizados os termos indexados pela base de dados, tendo sido acrescentados mais dois termos naturais para alargar a pesquisa, otimizando-a, estando restrita a 2005-2016, *full text* e *all adult*.

Para facilitar e dar continuidade à perceção das etapas e da estratégia da revisão sistemática da literatura, seguidamente é apresentado o percurso metodológico, na imagem 1 face à questão A, e na imagem 2, relativa à questão B. Estas pretendem sumariamente permitir a análise do percurso realizado na identificação da literatura relevante.

Imagem 1. Esquema do percurso metodológico à questão A

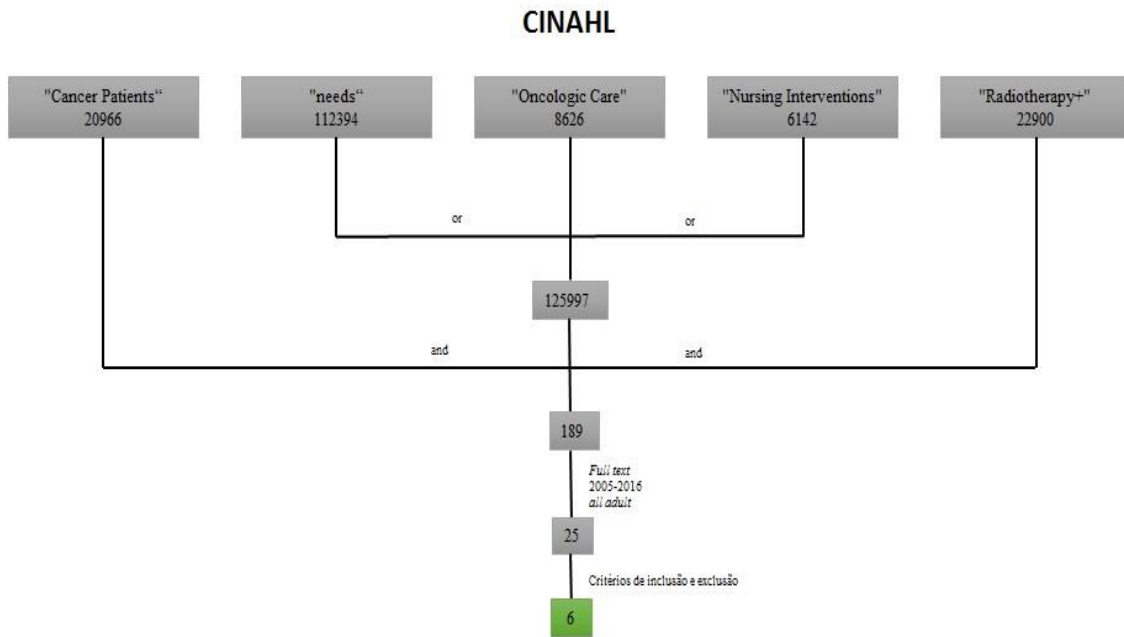
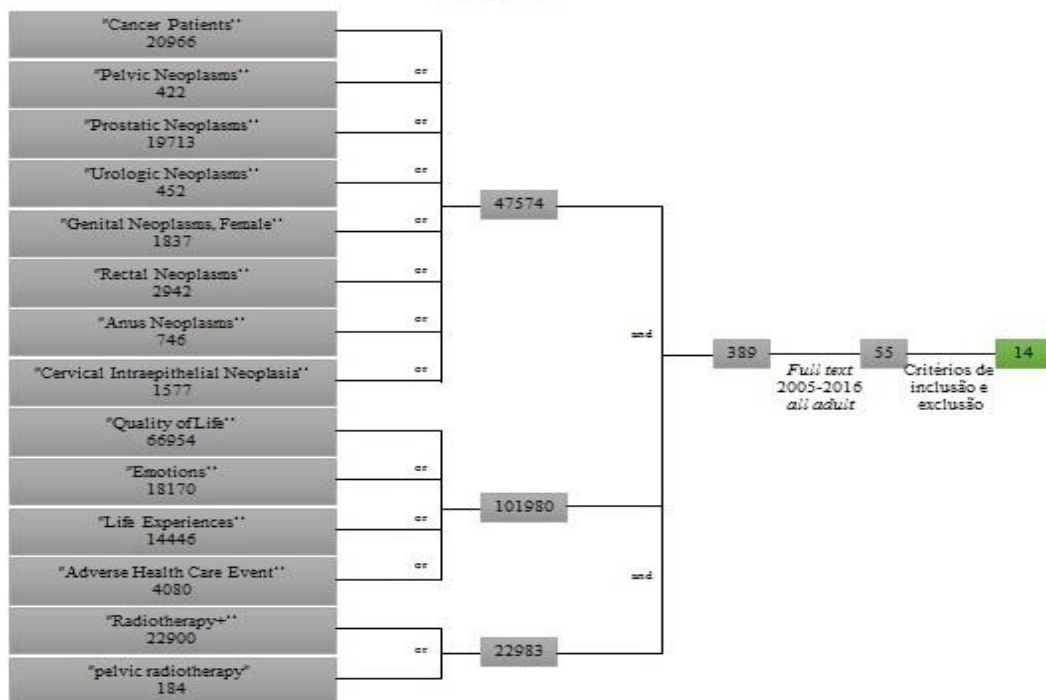


Imagem 2. Esquema do percurso metodológico à questão B



### 3. RESULTADOS

#### 3.1. Apreciação crítica e extração de dados

Os artigos incluídos numa revisão sistemática da literatura devem ser avaliados quanto à sua qualidade, com o objetivo de estabelecer e manter um padrão elevado e uniforme quanto ao rigor metodológico.

Perante o descrito e o já apresentado, como resposta à questão A resultaram 6 artigos de qualidade que respondem aos critérios e objetivos definidos. Quanto à questão B, os 14 artigos mostraram ser fiáveis para dar resposta ao pretendido.

Na tabela seguinte são identificados os artigos selecionados.

**Tabela 3.** Identificação dos artigos seleccionados para a questão A e B

<b>Identificação dos artigos seleccionados - Questão A</b>	
1	Nicolaisen, M., Muller, S., Patel, H. & Hanssen, T. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23, 3403–3414.
2	Egestad, H. (2013). How does the radiation therapist affect the cancer patients' experience of the radiation treatment? <i>European Journal of Cancer Care</i> , 22, 580-588.
3	Pedersen, B.; Koktved, D. & Nielsen, L. (2013). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 27, 715-723.
4	Güleser, G.; Taşci, S. & Kaplan, B. (2012). The Experience of Symptoms and Information Needs of Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. <i>Journal of Cancer Education</i> , 27 (1), 46-53.
5	Wong, J., D'Alimonte, L., Angus, J., Paszat, L., Soren, B. & Szumacher, E. (2011). What Do Older Patients with Early Breast Cancer Want to Know While Undergoing Adjuvant Radiotherapy? <i>Journal of Cancer Education</i> , 26 (2), 254-261.
6	Frick, E.; Tyroller, M. & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 16, 130-136.
<b>Identificação dos artigos seleccionados - Questão B</b>	
1	Nicolaisen, M., Muller, S., Patel, H. & Hanssen, T. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23, 3403–3414.
2	Bhattasali, O., Chen, L., Woo, J., Park, J., Kim, J., Moures, R.,..., Collins, S. (2014). Patient-reported outcomes following stereotactic body radiation therapy for clinically localized prostate cancer. <i>Radiation Oncology</i> , 9 (52), 1-24.
3	Fakhrian, K., Sauer, T., Dinkel, A., Klemm, S., Schuster, T., Molls, M. & Geinitz, H. (2013). Chronic adverse events and quality of life after radiochemotherapy in anal cancer patients. <i>Strahlentherapie und Onkologie</i> , 189 (6), 486-494.
4	Pasek, M., Suchocka, L. & Urbanski, K. (2012). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 22, 690-697.
5	Hennies, S., Wolff, H., Jung, K., Rave-Fränk, M., Gaedcke, J., Ghadimi, M., ..., Christiansen, H. (2012). Testicular radiation dose after multimodal curative therapy for locally advanced rectal cancer. <i>Strahlentherapie und Onkologie</i> , 10, 926-932.

6	Katz, A., Ferrer, M. & Suárez, J. (2012). Comparison of quality of life after stereotactic body radiotherapy and surgery for early-stage prostate cancer. <i>Radiation Oncology</i> , 7 (1), 194-202.
7	Bruheim, K., Magnetveit, K., Skovlund, E., Balteskard, L., Carlsen, E., Fossa, S. & Guren, M. (2010). Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer. <i>Acta Oncologica</i> , 49 (6), 826–832.
8	Queenan, J., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. & Groome, P. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 19, 251–259.
9	Howlett, K., Koettters, T., Edrington, J., West, C., Paul, S., Lee, K.,..., & Miaskowski, C. (2010). Changes in Sexual Function on Mood and Quality of Life in Patients Undergoing Radiation Therapy for Prostate Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 37(1), 58-66.
10	Pinkawa, M., Holy, R., Piroth, M., Fishedick, K., Schaar, S., Székely-Orbán, D. & Eble, M. (2010). Consequential late effects after radiotherapy for prostate cancer: a prospective longitudinal quality of life study. <i>Radiation Oncology</i> , 5 (27), 1-9.
11	Pinkawa, M., Piroth, M., Fishedick, K., Nussen, S., Klotz, J., Holy, R. & Eble, M. (2009). Self-assessed bowel toxicity after external beam radiotherapy for prostate cancer - predictive factors on irritative symptoms, incontinence and rectal bleeding. <i>Radiation Oncology</i> , 4 (36), 1-10.
12	Fransson, P. (2008). Patient-reported lower urinary tract symptoms, urinary incontinence, and quality of life after external beam radiotherapy for localized prostate cancer -15 years' follow-up. A comparison with age-matched controls. <i>Acta Oncologica</i> , 47 (5), 852-861.
13	Abayomi, J., Kirwan, J., Hackett, A. & Bagnall, G. (2005). A study to investigate women's experiences of radiation enteritis following radiotherapy for cervical cancer. <i>Journal of Human Nutrition &amp; Dietetics</i> , 18(5), 353-363.
14	Galbraith, M., Arechiga, A., Ramirez, J. & Pedro, L. (2005). Prostate Cancer Survivors' and Partners' Self-Reports of Health-Related Quality of Life, Treatment Symptoms, and Marital Satisfaction 2.5–5.5 Years After Treatment. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 32 (2), 30-41.

A extração de dados permite resumir a informação dos estudos, enfatizando a pertinência dos mesmos para responder às perguntas de revisão. Assim foram selecionados dois destes resumos, sendo que representam um exemplar para cada uma das pesquisas às questões A e B (tabela 4 e 5, respetivamente).

**Tabela 4.** Resumo de extração de dados de um dos artigos selecionados para a questão A

<b>Identificação do estudo</b>	<p><b>Autores:</b> Gülsüm Nihal Güleser; Sultan Taşci &amp; Bünyamin Kaplan.  <b>Título:</b> The Experience of Symptoms and Information Needs of Cancer Patients Undergoing Radiotherapy.  <b>Ano de Publicação:</b> 2012  <b>Fonte:</b> <i>Journal of Cancer Education</i></p>
<b>Finalidade do estudo</b>	<p>O objetivo deste estudo foi determinar os sintomas e necessidades de informação dos pacientes com cancro submetidos a radioterapia (RT).</p>
<b>Tipo de estudo</b>	<p>Estudo descritivo.</p>
<b>Participantes</b>	<p>450 pacientes que realizaram RT no departamento de RT de Erciyes University Gevher Nesibe Hospital e no Hospital Oncológico M. Kemal Dedeman em Kayseri, Turquia, num período de 6 meses, de setembro de 2004 a fevereiro de 2005.</p> <p><b>Critérios de inclusão:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes com cancro que receberam apenas radioterapia;</li> <li>- Nenhum histórico prévio de radioterapia como tratamento de cancro;</li> <li>- Idade igual ou superior a 18 anos;</li> <li>- Física e mentalmente competente para participar no estudo;</li> <li>- Os participantes do estudo piloto (n = 20) não foram incluídos.</li> </ul> <p>Cento e cinco pacientes foram excluídos da amostra. Assim, a amostra final composta por 345 pacientes que receberam RT e que preencheram todos os critérios de inclusão.</p> <p>188 eram homens (54,5%) e 157 mulheres (45,5%) com idade média de 53,62 anos. Destes, 50,7% e 15,0% declararam ter concluído o ensino primário e educação pós-primária, respetivamente. 88,1% dos pacientes eram casados. Maioritariamente a realizar tratamento em ambulatório, 82,0% e 18,0% eram pacientes internados. O tipo predominante de cancro diagnosticado foi de cabeça e pescoço (25,5%) e do pulmão (19,7%).</p>
<b>Colheita de dados</b>	<p>Os pacientes preencheram um questionário com 50 questões. Este questionário foi elaborado pelos autores e após conversas informais com a equipa de enfermagem, médicos e pacientes para constituição do seu conteúdo.</p> <p>Foi realizado um estudo piloto com 20 pacientes a realizar RT para avaliar a viabilidade do estudo e estabelecer as melhorias necessárias, após obtenção de aprovação ética.</p> <p>Os dados foram colhidos através de entrevistas semiestruturadas, numa sala privada na clínica. Cada entrevista durou cerca de 30 minutos. As entrevistas foram realizadas pelo investigador que é enfermeira, e os ensinamentos também foram prestados pelo mesmo investigador.</p> <p>O questionário compreendia três temas principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necessidades de informação / fontes de informação;</li> <li>- A experiência dos sintomas;</li> <li>- Informação sociodemográfica.</li> </ul>
<b>Análise dos dados</b>	<p>Foi realizada análise estatística, por meio do programa SPSS, versão 11.5 para Windows. Foram utilizados testes “<i>Chi-square</i>” para avaliar a associação entre variáveis do paciente e necessidades/experiências de informação. Os resultados até 5% foram considerados significativos.</p>

<b>Considerações éticas</b>	O estudo foi aprovado pela Comissão de ética local e foi realizado em conformidade com a Declaração de Helsínquia. Todos os participantes receberam informações e deram o seu consentimento verbal, sendo a participação voluntária. Os pacientes poderiam a qualquer momento retirar-se do estudo, sem sofrerem qualquer penalidade. O anonimato e confidencialidade foram preservados.
<b>Resultados</b>	A maioria dos pacientes (80,9%), teve efeitos secundários da RT. Sendo que os mais frequentes expressos na amostra foram: fadiga (86,0%), náuseas e vômitos (59,9%) e falta de apetite (50,9%). 32,3% dos pacientes tinham dor, dos quais 27,3% receberam RT devido a neoplasia da cabeça e pescoço. Os sintomas mais comuns nos pacientes em ambulatório foram: fadiga, náuseas e vômitos e perda de apetite. Alguns dos pacientes que afirmaram ter fadiga achavam que não era causado pela RT, mas que era um sinal da deterioração da sua condição. Foram poucos os pacientes que manifestaram preocupação com as alterações cutâneas locais. Lidar com os sintomas no domicílio é um pânico para os pacientes. Mais de metade dos pacientes não havia recebido informações sobre RT. Contudo, 83,2% que tiveram problemas durante o tratamento queriam ter recebido informações ( $P < 0,05$ ). Os pacientes caracterizam como prioritárias informações sobre o seu diagnóstico, tratamento e efeitos secundários da RT. No geral, os resultados indicam que a maioria dos pacientes necessitam de informações sobre o seu tratamento e também de serem capacitados para a variedade de sintomas.

### Análise dos artigos resultantes da revisão sistemática da literatura à questão A

Através da pesquisa à questão A foi possível elaborar uma *checklist* das necessidades de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a RT: físicas, emocionais, de informação, de capacitação, de segurança face à vulnerabilidade existencial e de reabilitação. Sendo enfatizado em vários artigos a influência destas necessidades na alteração da qualidade de vida da pessoa submetida a RT. Relativamente às necessidades identificadas sobressaiu a necessidade de informação, estando correlacionada com a capacitação da pessoa para o tratamento de RT, algo que não se tem verificado ou pelo menos deve ser otimizado, visto que, de acordo com os artigos analisados, existe um défice nesta área (Nicolaisen, Muller, Patel & Hanssen, 2014; Egestad, 2013; Pedersen, Koftved & Nielsen, 2013; Güleser, Taşci & Kaplan, 2012; Wong et al., 2011; Frick, Tyroller & Panzer, 2007).

**Tabela 5.** Resumo de extração de dados de um dos artigos selecionados para a questão B

<p><b>Identificação do estudo</b></p>	<p><b>Autores:</b> Marianne Nicolaisen, Stig Muller, Hitendra Patel e Tove Aminda Hanssen.  <b>Título:</b> Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long term follow-up study.  <b>Ano de Publicação:</b> 2014  <b>Fonte:</b> Journal of Clinical Nursing</p>
<p><b>Finalidade do estudo</b></p>	<p>Avaliar os sintomas dos pacientes, qualidade de vida e satisfação com as informações fornecidas, 3 a 4 anos após prostatectomia radical (PR), RT externa radical e adjuvante. Pretende-se analisar as diferenças entre os grupos de tratamento e a relação entre doenças específicas, qualidade de vida em geral e satisfação com a informação.</p>
<p><b>Tipo de estudo</b></p>	<p>Estudo transversal.</p>
<p><b>Participantes</b></p>	<p>Os participantes foram 143 homens com cancro da próstata que realizaram tratamentos no Hospital Universitário do Norte da Noruega no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2008 e permaneceram vivos até 3 a 4 anos do tratamento inicial, ou seja até outono de 2011. Sendo que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 38 foram submetidos a PR;</li> <li>- 59 realizaram RT externa de intuito radical;</li> <li>- 46 RT externa de intuito adjuvante.</li> </ul>
<p><b>Colheita de dados</b></p>	<p>Na colheita de dados pretende-se a avaliação demográfica, clínica e de satisfação dos pacientes, tendo sido utilizado para tal um questionário elaborado e validado pelo <i>Norwegian Knowledge Centre for the Health Service</i>. Neste a avaliação à satisfação da informação e comunicação tinha 6 opções de resposta de acordo com uma escala de <i>Likert</i>.          Para a avaliação da qualidade de vida foram utilizadas questionários de QoL já aprovados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A versão 2.0 do formulário Short Form Health Survey (SF-12) foi utilizada para medir a QVRS. Este inclui 12 itens e produz resultados avaliando nível físico e mental ao avaliar oito dimensões: funcionamento físico e social; papel físico e funcionamento emocional; dor corporal; vitalidade mental e em geral. Quanto maior a pontuação indicada, melhor o estado de saúde.</li> <li>- A qualidade de vida específica para o cancro da próstata foi medida utilizando o EPIC-CP (<i>Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice</i>). Este é constituído por 50 questões que abordam quatro domínios: urinário, sexual, intestinal e hormonal. Adicionalmente, as subescalas do domínio urinário distinguem as alterações irritativas, sintomas obstrutivos e incontinência.</li> </ul>
<p><b>Análise dos dados</b></p>	<p>Realizada análise estatística dos dados com recurso ao programa SPSS, versão 18, incluindo informações estatísticas descritivas e com um nível de significância.          As variáveis demográficas foram comparadas nos grupos usando análise de variável (ANOVA) para idade e “<i>Chi-square</i>” para associação entre variáveis.          O <i>Student’s t-test</i> foi utilizado para comparar o score de SF-12 na população estudada com a população geral dos EUA em 1998.          Todos os testes utilizados tinham dois braços.</p>

<b>Considerações éticas</b>	<p>O estudo foi aprovado pela Comissão de ética local.</p> <p>O preenchimento dos questionários era feito de forma autónoma pelos intervenientes.</p> <p>O anonimato e confidencialidade foram preservados.</p>
<b>Resultados</b>	<p>A Idade média da amostra total foi de 69 anos. No grupo PR foram estatisticamente mais jovens que no grupo RT externa radical. A maioria dos homens era norueguesa, casados e aposentados. Um total de 86% dos homens na RT externa radical e 35% no grupo de RT externa adjuvante realizaram tratamento hormonal.</p> <p>Ao nível da satisfação com a informação e comunicação os pacientes que realizaram prostatectomia radical relataram maior satisfação que os submetidos a RT externa radical e adjuvante.</p> <p>As alterações mais evidentes foram a nível urinário, intestinal e sexual. A radioterapia externa radical foi associada a uma melhor função urinária com menos incidência de incontinência urinária.</p> <p>A qualidade de vida sexual foi baixa em todos os grupos estudados. Contudo, quando questionados 41,5% da amostra refere estar satisfeito com a sua qualidade de vida em geral, não havendo discrepância entre grupos.</p> <p>A informação/ensinos estruturados e organizados podem aumentar a preparação para os sintomas e possíveis alterações após o tratamento. Logo, melhorar as estratégias de gestão de sintomas poderá resultar em melhor qualidade de vida.</p>

### Análise dos artigos resultantes da revisão sistemática da literatura à questão B

Através da análise dos artigos incluídos na pesquisa é possível verificar que existem alterações associadas à RT pélvica que conduzem a implicações e possíveis limitações nas atividades de vida diária. Nesta sobressaíram alterações urinárias e intestinais agudas e/ou tardias (Nicolaisen et al., 2014; Bhattasali et al., 2014; Pasek, Suchocka & Urbanski, 2012; Pinkawa et al., 2010; Pinkawa et al., 2009; Fransson, 2008; Abayomi, Kirwan, Hackett & Bagnall, 2005), alterações na vivência da sexualidade (Bhattasali et al., 2014; Fakhrian et al., 2013; Hennies et al., 2012; Katz, Ferrer & Suárez, 2012; Howlett et al., 2010; Galbraith, Arechiga, Ramirez & Pedro, 2005), e estenose vaginal (Fakhrian et al., 2013; Katz et al., 2012; Bruheim et al., 2010). Para além, das limitações nas atividades de vida diárias, poderão desencadear alterações ao nível da vida social do próprio e dos seus pares/familiares, e consequentemente influenciar a sua qualidade de vida.

## CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A RT pélvica é uma opção de tratamento utilizada na abordagem à pessoa com neoplasia do foro ginecológico, urológico e rectal/canal anal, seja com intuito curativo (radical, adjuvante, neoadjuvante), hemostático e paliativo. Sendo que esta opção de tratamento poderá provocar alterações a nível urinário, intestinal e da vivência da sexualidade.

Pelo carácter íntimo desta possível toxicidade é importante que os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, estejam sensibilizados e capacitados para a sua abordagem, prevenção, controlo e reabilitação.

Da pesquisa realizada emergiu a importância de adotar medidas de informação e capacitação à pessoa submetida a RT e, naturalmente, à pessoa submetida a RT pélvica de forma a conseguir ajudar na vivência do processo de tratamento e implicações possíveis. Desta forma, foi evidente ao longo desta análise a necessidade de estruturar o acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica para a promoção da sua qualidade de vida e família (White, 2015; Nicolaisen et al., 2014; Pasek et al., 2012; Wong et al., 2011; Queenan, Feldman-Stewart, Brundage & Groome, 2010; Serrano, 2005).

Em suma, a partir da pesquisa realizada pude perceber que as motivações pessoais e profissionais que me incentivaram à realização do projeto encontram-se corroboradas pela literatura, evidenciando a pertinência da implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica para a capacitação da pessoa e família submetida a RT pélvica a curto e a longo prazo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abayomi, J., Kirwan, J., Hackett, A. & Bagnall, G. (2005). A study to investigate women's experiences of radiation enteritis following radiotherapy for cervical cancer. *Journal of Human Nutrition & Dietetics*, 18(5), 353-363.

Bhattasali, O., Chen, L., Woo, J., Park, J., Kim, J., Moures, R.,..., Collins, S. (2014). Patient-reported outcomes following stereotactic body radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *Radiation Oncology*, 9 (52), 1-24.

Bruheim, K., Magnetveit, K., Skovlund, E., Balteskard, L., Carlsen, E., Fossa, S. & Guren, M. (2010). Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer. *Acta Oncologica*, 49 (6), 826–832.

Egestad, H. (2013). How does the radiation therapist affect the cancer patients' experience of the radiation treatment? *European Journal of Cancer Care*, 22, 580-588.

Fakhrian, K., Sauer, T., Dinkel, A., Klemm, S., Schuster, T., Molls, M. & Geinitz, H. (2013). Chronic adverse events and quality of life after radiochemotherapy in anal cancer patients. *Strahlentherapie und Onkologie*, 189 (6), 486-494.

Fransson, P. (2008). Patient-reported lower urinary tract symptoms, urinary incontinence, and quality of life after external beam radiotherapy for localized prostate cancer -15 years' follow-up. A comparison with age-matched controls. *Acta Oncologica*, 47 (5), 852-861.

Frick, E.; Tyroller, M. & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*, 16, 130-136.

Galbraith, M., Arechiga, A., Ramirez, J. & Pedro, L. (2005). Prostate Cancer Survivors' and Partners' Self-Reports of Health-Related Quality of Life, Treatment Symptoms, and Marital Satisfaction 2.5–5.5 Years After Treatment. *Oncology Nursing Forum*, 32 (2), 30-41.

Güleser, G.; Taşci, S. & Kaplan, B. (2012). The Experience of Symptoms and Information Needs of Cancer Patients Undergoing Radiotherapy. *Journal of Cancer Education*, 27 (1), 46-53.

Hennies, S., Wolff, H., Jung, K., Rave-Fränk, M., Gaedcke, J., Ghadimi, M., ..., Christiansen, H. (2012). Testicular radiation dose after multimodal curative therapy for locally advanced rectal cancer. *Strahlentherapie und Onkologie*, 10, 926-932.

Howlett, K., Koetters, T., Edrington, J., West, C., Paul, S., Lee, K.,..., & Miaskowski, C. (2010). Changes in Sexual Function on Mood and Quality of Life in Patients Undergoing Radiation Therapy for Prostate Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 58-66.

Katz, A., Ferrer, M. & Suárez, J. (2012). Comparison of quality of life after stereotactic body radiotherapy and surgery for early-stage prostate cancer. *Radiation Oncology*, 7 (1), 194-202.

Nicolaisen, M., Muller, S., Patel, H. & Hanssen, T. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3403–3414.

Pasek, M., Suchocka, L. & Urbanski, K. (2012). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 690-697.

Pedersen, B.; Koktved, D. & Nielsen, L. (2013). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 715-723.

Pinkawa, M., Holy, R., Piroth, M., Fishedick, K., Schaar, S., Székely-Orbán, D. & Eble, M. (2010). Consequential late effects after radiotherapy for prostate cancer: a prospective longitudinal quality of life study. *Radiation Oncology*, 5 (27), 1-9.

Pinkawa, M., Piroth, M., Fishedick, K., Nussen, S., Klotz, J., Holy, R. & Eble, M. (2009). Self-assessed bowel toxicity after external beam radiotherapy for prostate cancer - predictive factors on irritative symptoms, incontinence and rectal bleeding. *Radiation Oncology*, 4 (36), 1-10.

Queenan, J., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. & Groome, P. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*, 19, 251–259.

Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 2 (23), 137-150.

The Joanna Briggs Institute (2015). Systematic Review Resource Package. *The Joanna Briggs Institute Method for Systematic Review Research Quick Reference Guide*. Queen's Joanna Briggs Collaboration Version 4.0.

White, I. (2015). Sexual Difficulties after Pelvic Radiotherapy: Improving Clinical Management. *Clinical Oncology*, 27, 647-655.

Wong, J., D'Alimonte, L., Angus, J., Paszat, L., Soren, B. & Szumacher, E. (2011). What Do Older Patients with Early Breast Cancer Want to Know While Undergoing Adjuvant Radiotherapy? *Journal of Cancer Education*, 26 (2), 254-261.

## **Apêndice 2.**

Caracterização do serviço A

## **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO A**

O estágio no serviço A decorreu de 27 de setembro a 7 de outubro no departamento de radioterapia (RT) de uma instituição de referência no tratamento oncológico no Norte do país.

A instituição a que o serviço pertence tem como missão prestar cuidados de saúde centrados na pessoa, tendo em conta a prevenção, investigação, formação e ensino do âmbito da oncologia, com o objetivo de atingir elevados níveis de qualidade, humanismo e eficiência. Com isto, pretende contribuir para que o doente oncológico seja visto como um doente crónico, cuja premissa é a promoção da sua qualidade de vida.

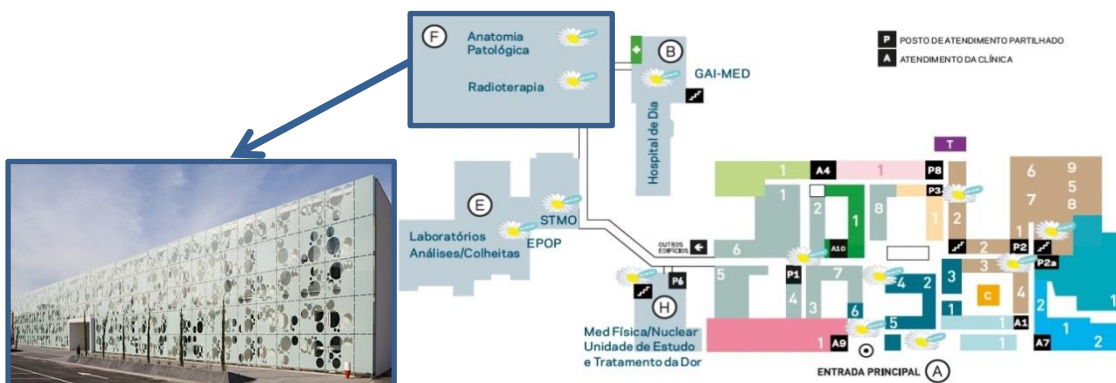
Esta instituição procura estruturar os seus valores de intervenção em cinco vetores: qualidade dos serviços prestados; integridade, tendo como base a dignidade e respeito pelo outro promovendo a equidade; as pessoas, desde os que dela usufruem aos que dela fazem parte; excelência, perspetivando necessidade futuras e fomentando a segurança, e, por fim a comunidade trabalhando em parceria com a mesma.

Assim, os objetivos definidos pela instituição são: melhoria da qualidade dos serviços, melhoria da qualidade percebida e aumento da sustentabilidade financeira.

A unidade de RT não é exceção face à missão e valores defendidos pela instituição. Este é um dos serviços existentes desde a sua fundação, abril de 1974. Integra a RT externa (RTE) e a braquiterapia, sendo serviços que interagem diretamente com o laboratório de radiobiologia, radiologia e medicina nuclear.

Relativamente à unidade de RTE foram inauguradas as novas instalações em março de 2011. Deste novo edifício com cerca de 6000 m<sup>2</sup>, também faz parte a área laboratorial para investigação em radiobiologia (cf. imagem 1). O edifício da RTE corresponde à letra F cuja imagem ilustra o edifício correspondente.

**Imagem 1.** Mapa ambulatório da instituição, evidenciando o edifício da RTE



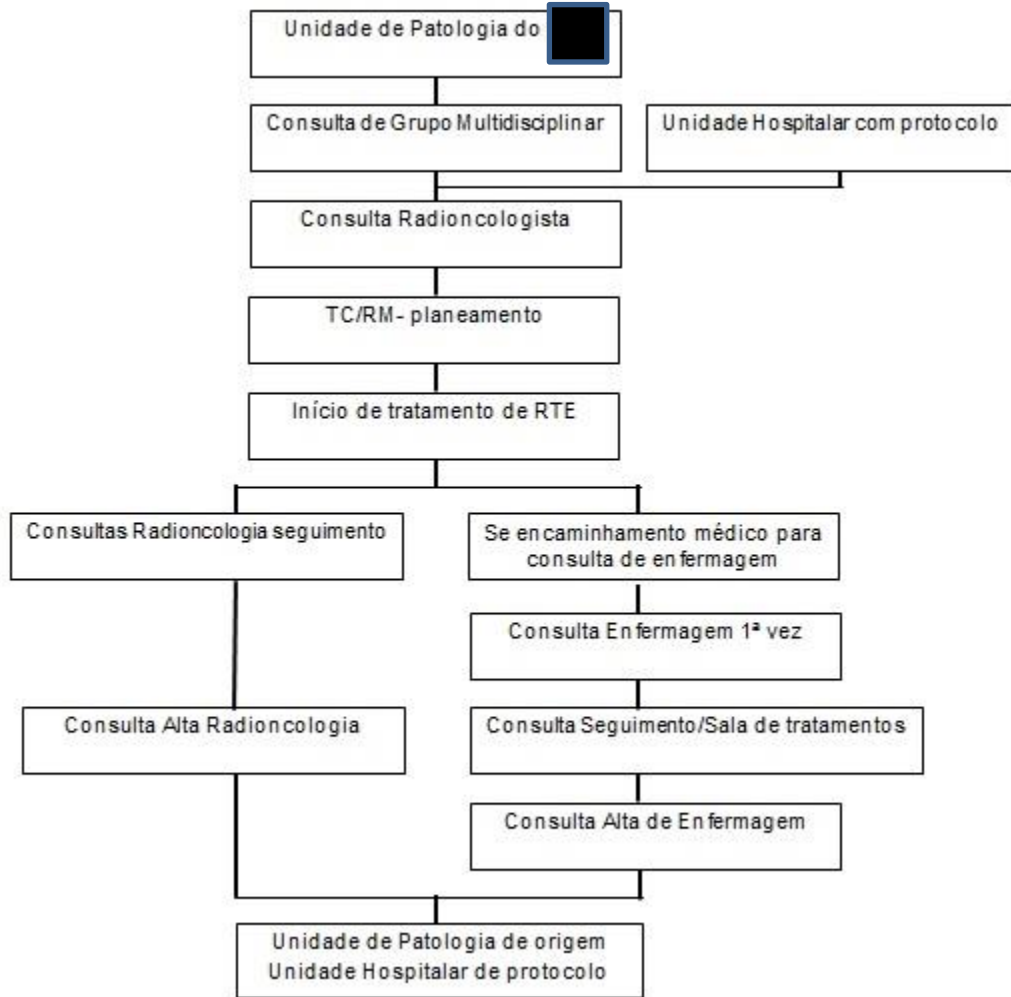
A unidade de RTE dá resposta à prestação de cuidados dos doentes provenientes das Consultas de Grupo Multidisciplinares da instituição em que está inserida e de outros referenciados por outras unidades hospitalares com as quais tenham protocolos assistenciais de colaboração estabelecidos. Para além de todo o acompanhamento ao doente e família a unidade de RTE procura no âmbito multidisciplinar estar envolvida na formação de recursos humanos e promove a investigação científica na área da oncologia.

A unidade referida dá apoio a todas as clínicas de patologia existentes na instituição utilizando para tal diversas técnicas de tratamento de acordo com a patologia e necessidades identificadas.

A RTE exige uma atividade multidisciplinar permanente para dar resposta às necessidades da pessoa e família submetida a este tratamento, sendo constituída por: 9 enfermeiros, 25 médicos, 62 radioterapeutas, 5 administrativos, 14 assistentes operacionais, 6 dosimetristas, 6 físicos e 1 nutricionista permanentes no serviço para dar resposta à população dos 8 aceleradores lineares.

A intervenção de enfermagem tem-se afirmado e construído o acompanhamento da pessoa submetida a RTE principalmente nos últimos 4 anos, sendo que o organograma do acompanhamento da pessoa submetida a RTE encontra-se na imagem 2.

**Imagem 2.** Organograma do acompanhamento da pessoa submetida a RTE



Dependendo da patologia o doente pode ser encaminhado para a nutricionista alocada à RTE ou ser solicitado o apoio de psicóloga e/ou psiquiatra.

No que se refere à consulta de enfermagem à pessoa submetida a RT por patologias do foro urológico, ginecológico e protológico, nas primeiras sessões de tratamento (entre a primeira e segunda semana) é realizada a consulta de primeira vez, sendo programado o acompanhamento 3 semanas após a primeira e, seguidamente, semanalmente até à consulta de alta de enfermagem. Apesar deste protocolo de acompanhamento as pessoas são desde a primeira consulta informadas que em caso de dúvidas e/ou sintomatologia deverão solicitar observação de enfermagem.

A enfermagem planeia e programa as suas intervenções através do sistema de presenças informatizado e os registos de enfermagem são realizados no formato Cipe Beta 2.

Existe um guia de integração ao serviço onde estão vigentes as normas e protocolos da intervenção de enfermagem nas diferentes abordagens, assim como normas das boas práticas inerentes à instituição. Para além disso existem os protocolos de consultas de enfermagem de RTE segundo CIPE Beta 2 de modo a uniformizar os registos de enfermagem quanto a levantamento de diagnósticos e intervenções.

### **Apêndice 3.**

Caracterização do serviço B

## **CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO B**

O estágio no serviço B decorreu no período de 10 de outubro a 25 de novembro numa instituição de referência no cuidado ao doente oncológico na zona da grande Lisboa, nomeadamente na unidade de radioterapia (RT). Esta unidade foi a primeira construção da Europa com proteção eficaz contra as radiações em 1933 (IPO, s.d). Este departamento engloba a RT externa, tendo ao seu dispor 6 aceleradores lineares, e a braquiterapia (BT) intersticial e intracavitária. A equipa multidisciplinar é constituída por 8 enfermeiros, 18 radioncologistas, 41 radioterapeutas, 7 físicos e dosimetristas, 7 assistentes operacionais e 6 secretários de unidade. Sempre que há necessidade de intervenção por outros grupos profissionais procede-se ao respetivo encaminhamento protocolado pela instituição.

No que diz respeito à equipa de enfermagem encontra-se desde há cerca de 8 anos a desenvolver o seu projeto de intervenção, sendo que a partir de 2011 foi implementada a consulta de enfermagem no serviço de RT. A equipa de enfermagem tem ao seu dispor uma sala de acolhimento, que recebe os doentes internados, dependentes e com instabilidade hemodinâmica, e a uma sala de tratamentos, que é o espaço disponível para a realização de tratamentos (cuidados a lesões cutâneas, entubações nasogástricas, entre outros) e as consultas de enfermagem. Este atendimento decorre entre as 8h e as 22h dos dias úteis. Com estas intervenções e espaços pretendem dar resposta às exigências das pessoas submetidas ao tratamento de RT e prestar cuidados de excelência na tentativa de amenizar o seu impacto nas pessoas e seus familiares/pessoas de referência, através de um atendimento de qualidade com orientações reais, sistematizadas e adequadas ao tratamento proposto.

Neste serviço está instituído que o acompanhamento de enfermagem inicia-se após referenciação pelo radioncologista, sendo posteriormente agendado pelos enfermeiros do serviço a consulta de enfermagem de 1ª vez e/ou acompanhamento de acordo com as necessidades emergentes. Considero que seria benéfico para o doente e família, bem como para o processo de enfermagem a autonomia da enfermagem na avaliação das necessidades de todos os doentes submetidos a RT e conseqüente acompanhamento de acordo com as mesmas, o que permitiria ir ao encontro

dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: melhorar a satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2002). Tal facilitaria o processo de agendamento, um acompanhamento precoce e mais adaptado às necessidades de acompanhamento de enfermagem na unidade de RT e conseqüentemente da qualidade do exercício profissional.

De acordo com o acompanhamento atualmente realizado, normalmente os doentes têm o primeiro contacto com a enfermagem entre a 5ª sessão e a 10ª, sendo o acompanhamento subsequente marcado à medida que as pessoas vão sendo observadas. Esta também é a realidade no acompanhamento das pessoas com doença do foro ginecológico, urológico e protológico. Sendo, regra geral, realizada a consulta de 1ª vez entre a 5ª e a 10ª sessão, a primeira subsequente na 15ª e as restantes semanalmente até que lhe seja dada alta de enfermagem, que pode ou não coincidir com o término do tratamento, dependendo da toxicidade aguda que apresente. Apesar deste agendamento todas as pessoas e famílias são informadas que a qualquer momento poderão solicitar observação e/ou apoio de enfermagem ao longo do seu percurso no tratamento de RT.

A metodologia dos registos de enfermagem na instituição é em formato de papel através da existência de processo físico, logo a unidade de RT também mantém este tipo de registo.

### **Bibliografia:**

Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

#### **Apêndice 4.**

Caracterização do serviço C

## CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO C

O serviço C, onde desempenho funções encontra-se inserido numa instituição de carácter privado e é relativamente recente, tendo inaugurado as suas instalações em 2011. Existem duas áreas de intervenção: as neurociências e a oncologia. A atividade clínica está direcionada para a área da oncologia e neuropsiquiatria, em contextos de prevenção primária, secundária e terciária, apoiados em programas de investigação translacional.

Desde o início que esta instituição pretende que os seus serviços estejam ao alcance de todos os membros da sociedade Portuguesa e Internacional, tendo sido com este mesmo objetivo que criou condições facilitadoras para o acesso aos cuidados de saúde que dispõe. Atualmente tem acordos com as mais diversas entidades financiadoras (ADSE, IASFA, Multicare, Médis, Advancecare, Future Health Care, Allianz, Serviços Sociais CGD, SAMS Quadros, SAD-PSP, SAD-GNR).

O departamento de radioterapia (RT) iniciou a sua atividade no final do ano de abertura, altura em que tinha um acelerador linear, tendo desde então aumentado a sua intervenção e capacidade de resposta, hoje com três aceleradores lineares disponíveis (exemplo imagem 1).

**Imagem 1.** Acelerador Linear - EDGE™, *Varian medical systems*



O serviço C é um dos departamentos de RT mais reconhecidos a nível nacional e internacional por utilizar os mais avançados equipamentos e técnicas para a realização de RT guiada por imagem, sendo dos poucos centros mundiais que reúne o conhecimento e tecnologia necessários para a realização de alguns tipos de tratamentos pioneiros e ainda em estudo.

Neste departamento para além da RT convencional, também aplicada com uso às técnicas avançadas, os tratamentos hipofracionados são os que mais se têm evidenciado, tendo já provado em alguns tipos de tratamento o seu benefício<sup>1</sup> e em estudo outras áreas de intervenção.

Assim, o serviço C é constituído por uma vasta equipa de profissionais: 2 enfermeiros, 9 radioncologistas, 11 radioterapeutas, 5 físicos, 4 dosimetristas, 2 assistentes operacionais e 2 administrativos. Esta equipa tem dedicado grande parte da sua intervenção à avaliação dos benefícios clínicos dos procedimentos realizados no serviço para desenvolver novas modalidades de tratamento e promover a melhoria dos resultados clínicos.

A proposta de tratamento para RT pressupõe na maioria das vezes a discussão de cada situação nas reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica nas diversas unidades de patologia da instituição e posterior consulta com o radioncologista. A partir da proposta e aceitação do tratamento a pessoa entra no circuito interno da unidade, que passa pelo planeamento e posterior tratamento, como representado no esquema seguinte.

**Esquema 1.** Diferentes fases do tratamento de Radioterapia



A equipa de enfermagem iniciou a sua atividade no serviço C em 2014, sendo que até então eram prestados cuidados de enfermagem apenas quando solicitado. Desde então tem procurado desenvolver intervenções de enfermagem estruturadas e indo ao encontro das necessidades da população alvo.

Atualmente existem duas enfermeiras para dar resposta às necessidades emergentes da atividade da unidade, sendo que o horário base da intervenção é das 8h até às 18h, em dias úteis.

<sup>1</sup> Exemplo a utilização de tratamentos de *Stereotactic Body Radiation Therapy* no tratamento do adenocarcinoma da próstata.

Perante o descrito, é fundamental a intervenção de enfermagem especializada e individualizada através da prestação de cuidados à pessoa/família de acordo com as necessidades emergentes. A enfermagem como elemento ativo da equipa multidisciplinar tem procurado estabelecer e afirmar o seu projeto de intervenção de forma estruturada, procurando proporcionar um acompanhamento mais adequado à sua população. Este processo tem sido limitado pelos recursos humanos existentes (apenas 2 enfermeiros), que condiciona o estabelecimento de determinadas intervenções.

De qualquer modo, a equipa tem trabalhado para que a intervenção de enfermagem se inicie no momento em que a pessoa aceita a proposta de tratamento, prolongando-se até ao pós tratamento e/ou alta de enfermagem.

Sendo que as principais áreas de intervenção da enfermagem no serviço C passam por:

- Consulta de enfermagem de acolhimento à radioterapia;
- Consultas de acompanhamento;
- Consultas de *follow-up* (presencial e telefónica);
- Educação/ensinos sobre o tratamento, toxicidade aguda e tardia, medidas a adotar e vigilâncias a realizar;
- Consulta de apoio de enfermagem;
- Gestão/manutenção de cuidados;
- Execução de procedimentos técnicos inerentes aos tratamentos e necessidades;
- Colaboração na formação e investigação.

Sendo que existem áreas em que a estrutura de acompanhamento encontra-se organizada e outras que têm sido objeto de atenção e cuja pretensão passa por estabelecer protocolos de intervenção em todas as áreas de atuação. Como exemplo a consulta de enfermagem uroprotoginecológica, implementada no contexto do presente projeto após avaliação da sua pertinência.

**Apêndice 5.**

Questões a colocar aos enfermeiros do serviço A e análise das respostas

## Questões a colocar aos Enfermeiros durante as entrevistas

1. Que tipo de acompanhamento realizam à pessoa submetida a RT pélvica?
2. Considera que o acompanhamento que a equipa realiza à pessoa submetida a RT pélvica é suficiente?
3. Se dependesse de si, faria alguma alteração?
4. Quais as necessidades mais emergentes na pessoa submetida a RT pélvica?
5. Quais as necessidades mais emergentes na família da pessoa submetida a RT pélvica?
6. Enquanto enfermeiro quais são as maiores dificuldades que sente na abordagem à pessoa e família submetida a RT pélvica?
7. Utiliza alguma estratégia para ultrapassar essa dificuldade?

## Análise das respostas às questões colocadas

Estas entrevistas foram realizadas a 5 dos 9 enfermeiros da unidade de RT. Sendo a amostra total de 5 enfermeiros (100%).

Relativamente à questão 1, que tipo de acompanhamento realizam à pessoa submetida a RT pélvica, 100% da amostra respondeu que é realizado através da consulta de enfermagem e cuidados em sala de tratamentos. Destes 20% acrescentou acompanhamento em situações de urgência.

Quanto à segunda questão, se consideram o acompanhamento suficiente, 100% considera adequado, sendo que 60% justifica esta afirmação pela possibilidade de adaptar o acompanhamento às necessidades da pessoa.

No que se refere à possibilidade de realizar alguma alteração, questão 3, 40% alteraria o acompanhamento realizando a consulta de primeira vez previamente ao tratamento, 40% realizaria o primeiro contacto logo no início do tratamento e 20% considera o acompanhamento suficiente.

Quando questionados acerca das necessidades mais emergentes na pessoa submetida a RT pélvica 40% afirmam necessidades físicas, 40% necessidades de informação para gestão dos cuidados e 20% de apoio emocional e preparação para o tratamento, sendo portanto fundamental a capacitação. As necessidades da família são dirigidas por 80% da amostra

como sendo de informação para as complicações do tratamento e 20% destaca a necessidade de informação acerca do tratamento em geral.

Ao serem questionados acerca das maiores dificuldades enquanto enfermeiros na abordagem à pessoa e família submetida a RT pélvica, 80% tem dificuldade na abordagem ao tema da sexualidade e 20% em fornecer todas as informações necessárias ao tratamento. Quanto à estratégia utilizada para ultrapassar estas dificuldades 80% procura não abordar o tema da sexualidade e quando abordado encaminham para o médico responsável, e 20% recorre a documentos informativos e fracionamento da informação.

**Apêndice 6.**

Cronograma de atividades do estágio no serviço A

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO NO SERVIÇO A

Atividades a desenvolver	Setembro					Outubro						
	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7
1.1.Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem no serviço e com a equipa multidisciplinar		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Fim de semana e feriado	Fim de semana e feriado	Realizado	Realizado	Fim de semana e feriado	Realizado	Realizado
1.2.Realização de entrevistas aos enfermeiros da unidade;			Realizado	Realizado	Realizado	Fim de semana e feriado	Fim de semana e feriado			Fim de semana e feriado		
1.3.Consulta de guias de integração e/ou manual de normas e procedimentos.		Realizado	Realizado	Realizado		Fim de semana e feriado	Fim de semana e feriado			Fim de semana e feriado		
2.1.Apresentação do projeto de intervenção à equipa e consulta de documentos normativos do acompanhamento preconizado no serviço;		Realizado	Realizado			Fim de semana e feriado	Fim de semana e feriado			Fim de semana e feriado		
2.2.Observação e participação na dinâmica e acompanhamento de enfermagem à pessoa e sua família segundo as necessidades emergentes.		Realizado	Realizado	Realizado	Realizado	Fim de semana e feriado	Fim de semana e feriado	Realizado	Realizado	Fim de semana e feriado	Realizado	Realizado

**Legenda:**  Realizado       Fim de semana e feriado

**Apêndice 7.**

Questões a colocar aos enfermeiros do serviço B e análise das respostas

## Questões a colocar aos Enfermeiros durante as entrevistas

1. Que tipo de acompanhamento realizam à pessoa submetida a RT pélvica?
2. Considera que o acompanhamento que a equipa realiza à pessoa submetida a RT pélvica é suficiente?
3. Se dependesse de si, faria alguma alteração?
4. Quais as necessidades mais emergentes na pessoa submetida a RT pélvica?
5. Quais as necessidades mais emergentes na família da pessoa submetida a RT pélvica?
6. Enquanto enfermeiro quais são as maiores dificuldades que sente na abordagem à pessoa e família submetida a RT pélvica?
7. Utiliza alguma estratégia para ultrapassar essa dificuldade?

## Análise das respostas às questões colocadas

As entrevistas foram realizadas a 6 dos 8 enfermeiros que pertencem à unidade de RT do serviço B.

100% da amostra afirma que o acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica é realizado através do acompanhamento em consulta de enfermagem e na sala de tratamentos, em ambas as situações após encaminhamento médico.

Destas entrevistas resulta que os enfermeiros da unidade consideram o acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica adequado (100%), no entanto destes, 60% considera-o insuficiente, visto depender do encaminhamento do radioncologista que nem sempre é realizado em tempo útil, sendo muitas vezes apenas quando a toxicidade já está instalada. Os colegas referiram que a independência na marcação das consultas de enfermagem do encaminhamento médico seria a alteração a realizar (100%) e alguns acrescentaram o espaço físico para a realização do acompanhamento de enfermagem (40%).

Quando procurei perceber quais as necessidades emergentes da pessoa submetida a RT pélvica maioritariamente afirmam: informação (100%), controlo sintomático (60%) e vivência da sexualidade (60%). Já a família,

segundo os colegas (100%), apresenta necessidade de apoio emocional e validação de informação.

Relativamente às dificuldades na abordagem à pessoa e família submetida a RT pélvica a totalidade da amostra em questão referiu dificuldade na adequação do espaço e ambiente, isto porque como a sala de tratamentos é utilizada com dois fins (realização de tratamentos e consultas de enfermagem) nem sempre se consegue proporcionar um ambiente calmo e tranquilo, favorável à realização de uma consulta de enfermagem e às partilhas inerentes, especialmente na consulta de oncosexologia que pelo caráter de intimidade e de necessidade de estabelecimento de uma relação de confiança, ficando comprometida pelas constantes interrupções. Como estratégia procuram utilizar outro espaço quando disponível (100%), podendo ser os gabinetes médicos ou o espaço da criança. O último também não é adequado, contudo, por vezes é o único onde será possível desenvolver a consulta sem interrupções.

**Apêndice 8.**

Questões colocadas às pessoas submetidas a RT pélvica no serviço B

## **Questões a colocar à pessoa submetida a RT pélvica durante as entrevistas**

1. Como classificaria o acompanhamento que lhe tem sido realizado pela enfermagem?
2. Se dependesse de si, faria alguma alteração? Qual e porquê?
3. Sentiu-se preparado para lidar com o tratamento, rotinas e sintomas associados?
4. Quais as implicações do tratamento mais difíceis de lidar/gerir/enfrentar?
5. O que considera que foi indispensável no seu acompanhamento pelos enfermeiros para facilitar a sua adaptação ao tratamento?
6. Sugeriria alguma melhoria? Que observação faria aos enfermeiros que lhe prestaram cuidados?

## **Análise das respostas às questões colocadas à pessoa submetida a RT pélvica**

Foram entrevistadas 12 pessoas que realizaram RT pélvica e que mostraram disponibilidade para tal. A amostra é de 12 pessoas (100%).

75% afirmou estar muito satisfeito com este acompanhamento e 25% satisfeito. Consideram que a única alteração que fariam seria antecipar a consulta para o primeiro dia de tratamento (100%).

Asseguram que depois da consulta de enfermagem sentem-se mais seguros e preparados para cuidar de si mesmos (100%), o que enaltece a necessidade da sua realização de forma antecipada, dado que até lá ficam perdidos nas medidas a adotar (100%). Quando procurei perceber quais as implicações do tratamento com que tinham mais dificuldade em lidar, 100% da amostra referiu a perda de autocontrolo nas diversas dimensões: físicas, emocionais e de gestão de tempo (pelo tempo dedicado aos tratamentos). Consideraram as informações (100%) e apoio prestado (75%) indispensáveis para a adaptação ao tratamento. Esta amostra salientou como medida de melhoria a antecipação do acompanhamento já referida, bem como, mais tempo para o esclarecimento de dúvidas, pois muitas vezes sentem necessidade de resumir as suas queixas/dúvidas para não ocuparem muito tempo aos enfermeiros.

## **Apêndice 9.**

Reflexão crítica: Radiodermite – um desafio constante de enfermagem

## RADIODERMITE – UM DESAFIO CONSTANTE DE ENFERMAGEM

### - Reflexão crítica -

A situação que passo a descrever corresponde a um acompanhamento realizado em sala de tratamentos no contexto do estágio na unidade de radioterapia (RT) do [REDACTED] de Lisboa.

A Sra. Maria, cujo nome é fictício para proteção da sua privacidade, de 65 anos de idade. Uma mulher independente nas atividades de vida diárias, reside com o seu marido, já aposentada. Foi-lhe diagnosticado um carcinoma vulvar com fístula abdomino-perineal esquerda. Tendo sido proposta para radioterapia externa (RTE).

Atualmente encontra-se a realizar RTE, tendo planeados inicialmente 32 tratamentos.

Na 25ª sessão de RTE desenvolveu uma radiodermite de grau 3, segundo a escala RTOG/EORTC: *Radiation Therapy Oncology Group/European Organization for Research and Treatment of Cancer* (2016). Ao longo do tratamento apresentou reações de hipersensibilidade a diversas terapêuticas tópicas recomendadas, como dexpanthenol, trolamina, extrato triterpénico de centella asiática. É nessa altura que inicio a participação nos cuidados à Sra. Maria. Após experimentar diferentes combinações dos produtos referidos, aconselhados durante o tratamento de RT, chegara a altura de ponderar entre os benefícios e malefícios de iniciar terapêuticas menos apropriadas durante o tratamento<sup>1</sup>, mas cujos benefícios se poderiam sobrepor, ao minimizar o sofrimento da Sra. Maria e permitir melhorar a sua condição cutânea evitando a suspensão do tratamento. A Sra. Maria apresentava radiodermite de grau 3, com dor intensa associada, limitação na mobilização e posicionamento, bem como dificuldade na eliminação.

Para a reavaliação da situação esteve envolvida a equipa de enfermagem e médica de modo a redefinir o plano de intervenção e consenso multidisciplinar, optando-se por iniciar sulfadiazina de prata (não recomendado como primeira linha de atuação durante a RT).

---

<sup>1</sup> Os tópicos que contêm moléculas de metal, como por exemplo, zinco, iodo e prata, possuem elementos que podem interagir com a radiação, ao aumentarem a dose absorvida pela pele. Assim o uso destes tópicos devem ser evitados durante o tratamento (AEOP, 2015).

A Sra. Maria vem sempre acompanhada pelo marido que assumiu nesta situação o papel de cuidador. Isto porque devido às dificuldades de mobilização e local da radiodermite (prega abdominal, região inguinal, vulva, períneo, região anal e sulco intranadegueiro) fica limitada na sua autonomia para o autocuidado destas regiões. Neste sentido, o marido assegura a continuidade dos cuidados no domicílio, sendo, portanto, alvo dos cuidados de enfermagem ao ser envolvido nos cuidados prestados à esposa e capacitado para os mesmos durante as abordagens à Sra. Maria. Este marido mostra-se diariamente disponível para aprender e tem uma atitude constante de companheirismo para com a esposa.

Apesar dos esforços realizados foi necessário recorrer à suspensão do tratamento durante uma semana, de modo a tentar limitar as agressões cutâneas e possibilitar uma melhoria para que fosse possível dar continuidade ao mesmo. Ao final desse período a Sra. Maria apresentou uma melhoria significativa da radiodermite, a lesão encontrava-se menos sangrante, menos edemaciada e conseqüentemente com menor dor na mobilização e mesmo ao toque.

Ao longo deste período procurei prestar escuta ativa para com a Sra. Maria face às suas inquietações associadas ao tratamento e toxicidade, esclarecimento de dúvidas acerca da pertinência da continuidade do tratamento e reforço positivo relativo aos progressos e esforço até então.

As radiodermites fazem parte da possível toxicidade associada aos tratamentos de RT e são uma resposta do sistema tegumentar à exposição a radiações ionizantes, podendo provocar lesões de grande complexidade e influenciada por diversos fatores (*Oncology Nursing Society*, 2015). Segundo esta mesma fonte, cerca de 95% das pessoas submetidas a RT apresentam algum tipo de reação cutânea, sendo que em casos mais graves poderá conduzir a atrasos no tratamento ou a sua interrupção, bem como dor intensa e limitação das atividades de vida, como se verificou na situação desta doente.

Este tipo de lesões, as radiodermites, constituem um grande desafio na prática dos cuidados de enfermagem, precisamente porque não têm um comportamento habitual no processo de cicatrização e sofrem a influência de diversos fatores inerentes às características da pessoa, do tratamento e da doença (AEOP, 2015).

Nesta situação tive uma atitude proactiva ao participar na discussão acerca dos benefícios e malefícios da mudança de terapêutica tópica, ou seja na reavaliação da situação de modo a contribuir para a melhoria da atual situação da Sra. Maria. Durante a discussão com a equipa médica procurei ter uma atitude humilde, visto ser um elemento externo ao serviço.

No contacto direto com a Sra. Maria procurei ter um papel ativo na adoção de medidas de conforto, como o aconselhamento de cumprimento de analgesia prévio ao tratamento devido à dor intensa, tal como vestuário e acessórios que pudessem potencialmente minimizar as suas queixas.

A atitude mais passiva no âmbito da discussão multidisciplinar da situação, provocava-me alguma insegurança e insatisfação face à minha postura uma vez que contraria a minha atitude habitual de tomada de decisão no contexto da minha prática laboral. Isto porque, sendo uma profissional externa ao serviço, tenho que demonstrar proatividade e partilhar os meus conhecimentos, contudo devo respeitar, sem nunca colocar em causa a minha prática de cuidados, os protocolos estabelecidos pelo serviço e o organograma definido pelo mesmo na tomada de decisão. Numa próxima situação acredito já ter mais autonomia e à vontade, visto já possuir mais conhecimentos dos hábitos, normas e protocolos do serviço.

A experiência em sala de tratamentos na unidade de RT [REDACTED] [REDACTED] Lisboa tem possibilitado o desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito do cuidado à ferida radiógena nas diferentes localizações, mas principalmente na região pélvica. Proporcionando-me para além de um contacto com lesões diversificadas, um vasto conhecimento do espectro de terapêutica tópica usada em radiodermites mais graves ou de difícil resolução que habitualmente não fazem parte da minha prática e que, deste modo, contribuiu diretamente para o meu crescimento enquanto profissional no âmbito da RT. Tal tem bastante relevância, uma vez que, as radiodermites podem ser reações agudas ou tardias do tratamento de RT, influenciando a qualidade de vida da pessoa, a sua imagem corporal, autoestima, podendo mesmo em algumas situações conduzir ao isolamento social, o que vem relevar o papel do enfermeiro na prevenção e intervenção nas radiodermites (Blecha & Guedes, 2006). Segundo estes autores, o acompanhamento à pessoa submetida a RT e com risco elevado e/ou desenvolvimento de radiodermite é fundamental, no sentido de orientar a

pessoa e família acerca das implicações da RT, cuidados com a área irradiada para minimizar as reações cutâneas, monitorizar quanto à toxicidade na região irradiada (antes, durante e após o tratamento), aconselhar produtos adequados face às reações cutâneas observadas e tratar a lesão de acordo com as suas especificidades. Para tal, é fundamental que os enfermeiros procurem uma atualização constante dos seus conhecimentos de maneira a conseguirem prestar cuidados de qualidade, encaminhar e capacitar as pessoas e as famílias/pessoa de referência para a continuidade dos cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP, 2015). *Linhas de Consenso Radiodermite*. Acedido a 29-10-2016. Disponível em:

[http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso\\_Radiodermite\\_def.pdf](http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso_Radiodermite_def.pdf)

Blecha, F. & Guedes, M. (2006). Tratamento de radiodermatite no cliente oncológico: subsídios para intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52 (2), 151-163.

Oncology Nursing Society (2015). *Radiodermatitis*. Acedido a 29-10-2016. Disponível em:

<https://www.ons.org/practice-resources/pep/radiodermatitis>

Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer - RTOG/EORTC (2016). *Radiation Toxicity Grading*. Acedido a 29-10-2016. Disponível em:

[https://en.wikibooks.org/wiki/Radiation\\_Oncology/Toxicity\\_grading/RTOG](https://en.wikibooks.org/wiki/Radiation_Oncology/Toxicity_grading/RTOG)

**Apêndice 10.**

Reflexão crítica: Primeiros passos na oncosexologia

## **PRIMEIROS PASSOS NA ONCOSEXOLOGIA**

### **- Reflexão crítica -**

A reflexão crítica é fundamental para permitir orientar o conhecimento, tornando mais consciente a prática de enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento pessoal do enfermeiro, bem como da disciplina. Segundo Benner “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática” (2001, p.14), sendo fundamental a reflexão sobre a mesma.

Quando me propus a realizar estágio no serviço B tinha o grande objetivo de desenvolver competências no âmbito da oncosexologia, visto ser uma das instituições pioneiras nesta área. Deste modo, não poderia deixar de refletir acerca da minha prática de cuidados na abordagem a esta temática.

A situação que irei relatar é sobre uma mulher, chamada Ana (nome fictício), de 54 anos de idade, independente. Casada e com um filho que reside consigo. Diagnóstico de carcinoma endometrióide, submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral e linfadenectomia pélvica. Proposta para radioterapia externa (RTE) e posterior reavaliação de braquiterapia complementar. Encaminhada pelo médico para acompanhamento em consulta de enfermagem.

A situação que descrevo decorreu no contexto da consulta de enfermagem de primeira vez, à qual a Sra. Ana compareceu acompanhada pelo marido. No decorrer da abordagem à toxicidade aguda associada ao tratamento de RTE e respetivos cuidados a adotar, abordei a sua vivência da sexualidade. A Sra. Ana referiu que depois da cirurgia tem-se sentido menos segura a este nível. Afirma que quer manter-se sexualmente ativa, contudo ela e o marido têm medo das implicações da atividade sexual para a sua própria saúde e do marido, pois não sabem se há alguma contraindicação. Referem que o médico não fez alusão a este assunto e que ela própria e o marido não se sentiram à vontade para o questionar. No entanto, foi notório quando questionados acerca da sexualidade o alívio de tensão no rosto, sendo que ao longo da conversa foram expressando diversas dúvidas.

Nesta abordagem procuramos fornecer estratégias para minimizar a possível toxicidade associada ao tratamento, das quais fazem parte a prevenção da estenose vaginal, posições em que a mulher controla a penetração diminuindo a possibilidade de dispareunia, tal como a importância da lubrificação vaginal, cuidados pós coito e sinais de alerta para suspensão da atividade sexual. Todos estes aspetos a abordar dependem da individualidade de cada pessoa e da forma como vive a sua sexualidade.

Assim sendo, exige do enfermeiro competências comunicacionais verbais e não-verbais, para encaminhar a consulta e o que abordar para não ferir suscetibilidades e ir ao encontro do que realmente é importante para aquela pessoa em questão e seu companheiro/a, não constituindo uma invasão à sua privacidade/intimidade.

Ao longo desta situação foi facilitador o conhecimento da toxicidade aguda e tardia da RT, o que me permitiu transmitir uma postura tranquila e segura, possibilitando o estabelecimento de uma relação de empatia com o casal. Contudo, senti dificuldade na escolha do momento para introduzir o tema da sexualidade, isto porque a consulta acontece na sala de tratamentos e apesar de não estar mais nenhum doente presente, existem sempre algumas interrupções pelos profissionais da unidade. Estas interrupções não são benéficas para a continuidade da relação necessária a estabelecer podendo influenciar e até mesmo reprimir a partilha nesse momento.

Apesar do referido, foi possível estabelecer relação com este casal, e dar resposta às suas necessidades e preocupações. Tendo sido a minha primeira abordagem considero positiva, uma vez que tive um discurso fluente, seguro e de preocupação para com o que se manifestou importante para eles, conseguindo dar resposta às suas inquietações, deixando-os esclarecidos.

Esta foi a primeira intervenção, posteriormente serão realizadas consultas subsequentes, nas quais para além de reforçar indicações já realizadas, irá ser avaliada a toxicidade aguda, onde entre outras aspetos será observada a região vulvar (devido à possibilidade de desenvolver radiodermite). Depois destas é realizada a consulta de alta na qual, dependendo da necessidade de realizar braquiterapia, será sensibilizado o casal para a importância da prevenção da estenose vaginal e explicados procedimentos inerentes.

Os tratamentos inerentes à doença oncológica, neste caso a RTE, conduzem a alterações no quotidiano das pessoas a ele submetidos, assim como a mudanças da imagem corporal, podendo conduzir por diversos fatores a disfunção sexual, não obstante também estarão envolvidos neste processo os companheiros/as e família. A sexualidade é afetada quer a nível físico, quer a nível emocional, dado que poderá ocorrer diminuição da libido, da lubrificação vaginal, sensibilidade genital, dispareunia, ansiedade, depressão, angústia e percepções negativas da identidade sexual e imagem corporal e até perda da sua segurança quanto à sua feminilidade pela remoção de determinados órgãos reprodutores (Gilbert, Ussher & Perz, 2011), situação também vivenciada e verbalizada pela Sra. Ana.

Neste sentido, torna-se fulcral que os profissionais de saúde, nos quais os enfermeiros se destacam pela proximidade à pessoa, estejam despertos e sensibilizados para esta abordagem e prestem informações adequadas e direcionadas acerca da sexualidade e manutenção do seu bem-estar, visto ser parte integrante da qualidade de vida do indivíduo (Cleary & Hegarty, 2011; Gilbert, Ussher & Perz, 2011; Serrano, 2005). Segundo Serrano (2005), os profissionais de saúde têm dificuldade em abordar o tema da sexualidade referindo como principais fatores o receio da reação dos doentes, falta de iniciativa do profissional e do doente, e fatores pessoais, como o facto de se considerar a sexualidade um assunto individual e, portanto, difícil de abordar.

É fundamental que os enfermeiros no seu acompanhamento consigam contribuir para redimensionar a noção da sexualidade para além do coito, aumentando a percepção da funcionalidade sexual (Sacerdoti, Lagana & Koopman, 2010). Sendo que as relações afetivas permitem desenvolver uma sexualidade mais satisfatória (Vilarinho, 2010).

Deste modo, a consulta realizada à Sra. Ana constituiu um suporte de extrema relevância, uma vez que permitiu clarificar dúvidas que o casal ainda não tinha esclarecido, ampliar o seu conceito de sexualidade (devido às possíveis alterações que podem surgir com o decorrer da RTE) e ajudar no construto de como ela pode ser vivenciada nesta fase dos tratamentos. Assim sendo, considero importante continuar a desenvolver competências no âmbito da oncosexologia, para conseguir dar resposta às necessidades da pessoa submetida a RT e seu companheiro/a de forma holística.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto Editora.

Cleary, V. & Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 38-45.

Gilbert, E., Ussher, J. & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70, 42-57.

Sacerdoti, R., Lagana, L., & Koopman, C. (2010). Altered Sexuality and Body Image after Gynecological Cancer Treatment: How Can Psychologists Help? *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 533–540.

Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 2 (23), 137-150.

Vilarinho, S. (2010). *Funcionamento e Satisfação Sexual Feminina-Integração do afecto, variáveis cognitivas e relacionais, aspectos biológicos e contextuais*. Dissertação de Doutoramento em psicologia. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

**Apêndice 11.**

Estudo de caso de uma mulher com patologia do foro ginecológico



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica: Vertente  
Oncológica**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

# **QUEM FUI, QUEM SOU E QUEM QUERO SER**

**- Estudo de caso -**

**Discente:**

Elda Freitas

Número: 463

**Orientadora local de estágio:**



**Docente:**

Professor Óscar Ferreira

**LISBOA**

**2016**

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	3
<b>1. ANAMNESE</b>	5
1.1. Dados demográficos	5
1.2. Experiências de vida significativas	5
1.3. Caracterização do seu meio envolvente	7
1.4. História pessoal (fisiológica) e social	8
1.5. Antecedentes pessoais	9
1.6. Antecedentes familiares	9
1.7. História da doença atual	9
<b>2. IMPACTO E VIVÊNCIAS DA DOENÇA ATUAL</b>	11
2.1. Identificação dos problemas e atividades de vida alteradas	12
2.2. Apreciação cognitiva e emocional	15
2.3. Intervenções de enfermagem	15
<b>3. GESTÃO DA DOENÇA E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</b>	19
<b>CONCLUSÃO</b>	21
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	22

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: vertente Oncológica, propus-me realizar um estudo de caso sobre uma pessoa com doença oncológica do foro ginecológico a quem prestei cuidados durante o estágio no serviço de radioterapia (RT) [REDACTED].

Este estágio tem como principal objetivo a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais para a realização da consulta de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa e família submetida a RT.

Neste contexto, e como indicador de avaliação a um dos objetivos específicos por mim elaborados, a avaliação abrangente à pessoa e família de acordo com os fatores de influência inerentes à RT pélvica, surge o presente estudo de caso.

Assim, o meu estudo de caso será sobre a Sra. Ana, que intitulei com este nome fictício por questões de privacidade, com o diagnóstico atual de carcinoma endometriode e indiferenciado III C1. Nos contatos que tive com a Sra. Ana solicitei a sua autorização para a utilização da sua história pessoal e clínica para o presente estudo, explicando o seu intuito, tendo sido desde logo autorizado pela própria.

O carcinoma endometriode é o tumor ginecológico mais comum nos países desenvolvidos, representando o quinto tumor maligno que mais afeta as mulheres em Portugal, sendo a sua incidência estimada em 17,8 por cada 100000 mulheres por ano (DGS, 2016).

Neste estudo de caso descrevo e analiso a história de vida e doença da Sra. Ana, refletindo sobre o impacto e a vivência da situação atual pela mesma e sua família, identificando os problemas e necessidades, tal como as intervenções de enfermagem a desenvolver no plano de cuidados.

A colheita de dados deste estudo de caso foi realizada através de entrevistas informais e avaliação da Sra. Ana e família, realizada ao longo do ensino clínico, pesquisa e análise do processo clínico e exames complementares de diagnóstico.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), bem como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011) e o recomendado pela *European Oncology Nursing Society* (2013), foram a base de sustentação às intervenções de enfermagem no sentido de dar resposta singular e adequada às necessidades da Sra. Ana e sua família.

O título deste estudo de caso resulta de uma expressão da Sra. Ana quando estava a falar sobre a sua atual situação e que me sensibilizou para a importância do papel do enfermeiro na desmistificação de conceitos e readaptação da pessoa aos diferentes papéis que assume na sociedade, assim como à definição de si mesma na doença oncológica.

Ao longo do estudo de caso procurei mobilizar conhecimentos adquiridos, utilizando o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), para a avaliação das atividades de vida e individualização das intervenções de enfermagem.

Desta forma, o estudo de caso faz uma primeira alusão à anamnese da Sra. Ana, seguido do impacto e vivências da doença atual, terminando com a abordagem à gestão da doença e continuidade dos cuidados, tendo sempre a individualidade como princípio orientador no planeamento e nas intervenções de enfermagem levadas a cabo.

## **1. ANAMNESE**

### **1.1. Dados demográficos**

Aquando do primeiro contacto com a Sra. Ana (nome fictício) tive o cuidado de perguntar como gostava de ser tratada de modo a individualizar a abordagem, sendo que, neste caso, mantereí o nome fictício de Sra. Ana. Sexo feminino, de raça caucasiana. Tem 53 anos de idade, nasceu a 3 de dezembro de 1963. Nacionalidade portuguesa, natural da Ilha Terceira, nos Açores, onde reside com o seu filho e namorado.

Tem o 9º ano de escolaridade, sendo secretária de profissão, contudo, neste momento encontra-se com a atividade suspensa para realização de tratamentos.

Para além do filho, tem também uma filha, enfermeira que trabalha no Hospital de Braga. Não conseguindo acompanhar proximamente a sua situação.

Encontra-se a residir na casa da sobrinha em Lisboa para realização dos tratamentos de radioterapia externa (RTE). Como o seu namorado apresenta fobia em andar de avião, tem a irmã como pessoa de referência, que é quem a acompanha.

### **1.2. Experiências de vida significativas**

Lidar com as mudanças e com os desafios que surgem ao longo do percurso de vida acarreta a necessidade de se ajustar a essa realidade. Assim, a transição representa o processo que conduz às mudanças na forma de viver, através da reorientação, incorporando novo conhecimento, alterando comportamentos e redefinindo o significado atribuído aos eventos, bem como à definição de si mesmo, sendo que quando relacionado com eventos de saúde este processo deverá ser foco de intervenção dos cuidados de enfermagem (Meleis, 2007).

A Sra. Ana quando questionada acerca das experiências de vida que promoveram transições no seu percurso, evidenciou transições de desenvolvimento, situacionais e de saúde-doença, desfavoráveis e favoráveis. Nomeadamente, o seu casamento, representou a sua independência, visto

que, até então, vivia demasiado protegida e com muitas limitações na sua vida social. O nascimento dos filhos foi a maior transição da sua vida, no sentido de pertença, de responsabilidade e de sentido para a vida.

O falecimento dos seus pais, veio representar as primeiras perdas e mudanças na sua atitude enquanto mãe. Ficou viúva há cerca de 10 anos, tendo 2 filhos para continuar a criar o que exigiu um grande esforço pessoal para lidar e gerir a sua vida sem o seu marido.

Assim sendo, define a sua família como sendo a sua força anímica para viver. Segundo a própria a construção do futuro dos filhos, ajudando-os a tornarem-se pessoas “boas e bem-sucedidas” é o seu objetivo de vida, estando a sua filha já formada em enfermagem e a trabalhar, o que a deixa muito orgulhosa. Encontrou também um companheiro, o seu namorado, com quem partilha a sua vida e pretende desenvolver projetos futuros.

Refere que o facto de estar ausente do seu ambiente natural fazem-na questionar se “vale a pena lutar desta maneira”, contudo refere nunca ter tido qualquer ideação de morte, acredita muito na vida e no sentido da mesma.

A vivência deste processo de saúde-doença tem feito emergir a sua fé em Deus, sempre foi católica mas não praticante, e agora busca energia e conforto na religião de forma frequente e presente. Para além disso, tem refletido sobre a importância do presente, de aproveitar todos os momentos com o seu namorado, filhos e irmã. Aprendeu a valorizar-se mais, a pensar no tempo que necessita para si e para cuidar de si, encontrando-se ainda numa fase de reajuste e avaliação de si mesma e do seu potencial.

O cuidar é o ideal moral da enfermagem, envolvendo valores, vontade, compromisso, conhecimento, ações e suas consequências, no sentido de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana e ajudar a pessoa a encontrar significado na sua existência (Watson, 2002). Logo é fundamental nas intervenções levadas a cabo pelos enfermeiros que tenham em consideração as características individuais de cada pessoa, que são extremamente influenciadas pelas experiências de vida.

### **1.3. Caracterização do seu meio envolvente**

A Sra. Ana encontra-se viúva há aproximadamente 10 anos. Atualmente com uma relação desde há cerca de 5 anos. Maioritariamente o seu namorado fica em sua casa, mas por vezes também na casa dele. Afirma uma relação tranquila de companheirismo. Tem 2 filhos, uma rapariga de 25 anos, enfermeira e a trabalhar no Hospital de Braga, logo a residir em Braga, e um filho de 17 anos que reside consigo e ainda a estudar. Este dá-lhe mais preocupações pela idade e companhias. Contudo, mesmo assim, considera-se com muita sorte pelo facto de os seus filhos estarem bem encaminhados e apesar de terem passado por fases difíceis a nível emocional e económico aquando da perda do marido, atualmente têm a vida estabilizada e tranquila. Assim sendo, o seu agregado familiar é constituído por ela própria e pelo filho.

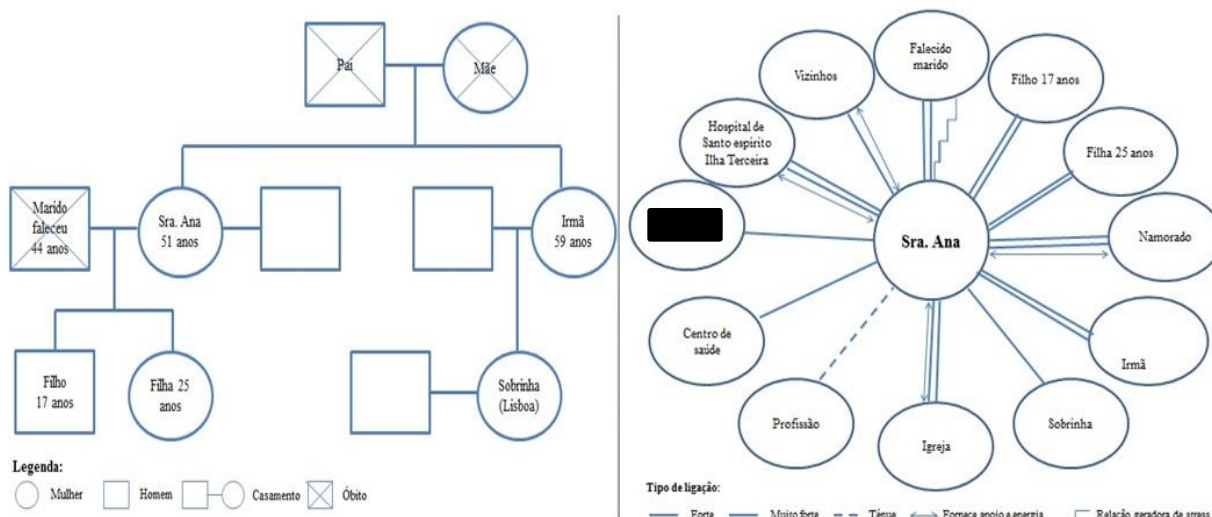
Para além dos elementos referidos tem um contato muito próximo com a sua única irmã (mais velha, com 56 anos) que tem sido o seu grande apoio. Sempre foram muito unidas ao longo de todo o percurso de vida e com a vivência da doença atual da Sra. Ana, estreitaram laços.

Refere que tem uma relação próxima com os vizinhos, representando uma grande apoio nesta fase em que se encontra ausente e o seu filho encontra-se na companhia do namorado.

Quanto à sua habitação, é um apartamento, com elevador. Tem 2 casas de banho, saneamento básico, instalação elétrica/gás, sendo a própria a realizar a manutenção da casa que, por sua vez, apresenta as condições de habitabilidade necessárias para viver tranquilamente.

Para melhor retratar o meio envolvente da Sra. Ana e relações estabelecidas, foi realizado em conjunto com a própria o seu genograma e ecomapa (imagem 1) que permitem visualizar as relações familiares e com o meio envolvente e que influenciam a intervenção e definição do plano de cuidados de enfermagem. Estas representações correspondem ao atual momento que a Sra. Ana se encontra a vivenciar, podendo sofrer alterações ao longo do tempo, sendo portanto um retrato dinâmico das suas relações.

**Imagem 1.** Genograma e ecomapa da Sra. Ana e seu meio envolvente



### 1.4. História pessoal (fisiológica) e social

A Sra. Ana frequentou sempre o Centro de Saúde de Angra do Heroísmo onde tem o seu médico de família. Fazia consulta de rotina anualmente, seguindo as indicações médicas em relação a exames complementares de diagnóstico e rastreios. Refere nunca ter tido nenhum hábito aditivo (etanólico ou tabágico).

A sua alimentação era cuidada, no entanto fazia apenas as grandes refeições (3x/dia). Atualmente com a situação que se encontra a vivenciar, tal como pelo facto de ter mais tempo disponível tem procurado estar mais atenta e procura cumprir as 5 a 6 refeições recomendadas numa alimentação saudável, tal como procura cumprir o reforço hídrico, coisa que não fazia parte dos seus hábitos.

A nível social nunca participou em nenhum programa ou atividade de lazer uma vez que ocupava a sua vida entre a atividade laboral e a vida familiar.

## **1.5. Antecedentes pessoais**

Sra. Ana tem dislipidemia, foi submetida a herniorrafia infraumbilical aos 34 anos. Menarca aos 14 anos, ciclos regulares. G2P2. Nega hábitos etanólicos e tabágicos. Sem alergias medicamentosas e/ou alimentares.

A sua medicação habitual é fenofibrato 267mg, atorvastatina 20 mg, alprazolam 0,25mg em SOS à noite em momentos de maior ansiedade e/ou preocupação, paracetamol 1gr ou ibuprofeno 600mg em SOS quando tem dores ou febre.

## **1.6. Antecedentes familiares**

Não conhece a história clínica e causa de morte dos avós. O seu pai faleceu com um acidente vascular cerebral e a mãe com enfarte. A sua irmã é diabética insulino-dependente.

Antecedentes familiares oncológicos que tenha conhecimento, prima de 1º grau (paterna) com neoplasia do ovário aos 32 anos.

## **1.7. História da doença atual**

Em setembro de 2014 a Sra. Ana iniciou quadro de metrorragias pós-menopausa com algias pélvicas, tipo cólica, as quais não valorizou, mantendo a sua vigilância ginecológica no centro de saúde. Tem uma vida sexual ativa com o companheiro, mas nessa altura apresentava muita dor no ato sexual e as coitorragias estavam a interferir com a sua relação íntima.

Em março de 2015 por agravamento de sintomatologia acima referida é encaminhada pelo médico de família para realização de ecografia endovaginal onde foi visível espessamento do endométrio. Em outubro é encaminhada para realização de biópsia do endométrio cujo resultado é adenocarcinoma endometriode G2. Realizou Tomografia Axial Computorizada a 24/11 e Ressonância magnética a 18/12 como exames complementares de diagnóstico para estadiamento. Posteriormente realizou PET-TC<sup>1</sup> a 27/01/2016, do qual resultou lesão hipermetabólica do endométrio e adenopatia ilíaca externa

---

<sup>1</sup> PET-TC: Tomografia por Emissão de Positrões com Tomografia Computorizada.

esquerda. Neste contexto, foi submetida a 5 de fevereiro do presente ano a histerectomia total com anexectomia bilateral e excisão de gânglio pélvico (ilíaco externo). A análise histológica permitiu o estadiamento – Carcinoma endometriode e indiferenciado IIC1, de acordo com FIGO 2009 (Lewin, 2011).

Na consulta de decisão terapêutica, foi proposta para quimioterapia e RT sequencial. Realizou 6 ciclos de Carbo-Taxol no Hospital da ilha Terceira, tendo realizado o último ciclo a 26/8/2016. Posteriormente encaminhada pela unidade de origem para [REDACTED] para realização de RTE. No [REDACTED] é reavaliada e proposta para RT com Intensidade Modulada (IMRT) sobre o leito tumoral e cadeias ganglionares regionais com a dose total de 50,4 Gy em 28 frações, e posterior reavaliação para possível Braquiterapia intracavitária de alta taxa de dose (2 sessões). Iniciou radioterapia a 17 de outubro e é neste contexto que tenho o primeiro contato com a Sra. Ana através da consulta de 1ª vez de enfermagem e no acompanhamento realizado ao longo do tratamento.

A abordagem à Sra. Ana assentou na sua singularidade, assim sendo, as intervenções de enfermagem foram definidas com a intenção de cuidar da Sra. Ana e sua família. Cuidar é “um acto de vida”, “é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p.235).

## 2. IMPACTO E VIVÊNCIAS DA DOENÇA ATUAL

A enfermagem tem como foco de atenção as respostas humanas às transições, que podem decorrer de diferentes processos, de entre os quais de saúde-doença, logo os enfermeiros na sua prática procuram antecipar, avaliar, diagnosticar, lidar e ajudar a lidar com as mudanças, promovendo um nível máximo de autonomia e bem-estar (Meleis, 2007).

A Sra. Ana encontra-se numa fase de grande questionamento, dúvida e incerteza face ao seu futuro. Sempre se sentiu forte e saudável, perdeu o seu marido ainda com os filhos pequenos, tendo orientado a sua vida em volta do bem-estar da família, uma mulher que se dividia entre o trabalho e a vida de mãe e doméstica. Viu-se invadida por esta doença silenciosa, logo levanta uma série de questões face ao seu tratamento e o que esperar após o mesmo, questões essas que lhe provocam inquietação e medos face à sua vida. A “apreensão, incerteza, espera, expectativa, medo da surpresa prejudicam mais o doente do que qualquer esforço físico” (Nightingale, 2005, p. 59).

Na situação da Sra. Ana a doença provocou impacto em diferentes dimensões: dinâmica familiar, obrigando a rotinas diferentes e ao seu afastamento; profissional, suspensão da atividade e conseqüente diminuição de rendimentos; social, perdeu o contacto com os colegas do trabalho, com os vizinhos dado ter-se deslocado para Lisboa nesta fase, mas por outro lado, desenvolveu novas relações no contexto da religião, fortaleceu a sua relação com a sua irmã, bem como com o seu companheiro que apesar de não a ter acompanhado para Lisboa procura manter-se presente através dos contactos telefónicos e videochamadas.

Assim sendo, na consulta de 1ª vez de enfermagem procurei obter dados para a personalização dos cuidados a prestar, perceber de que forma a Sra. Ana se encontrava a vivenciar todo este processo, compreender o seu conhecimento sobre a proposta de tratamento e a informação que pretende acerca do mesmo, desmistificando alguns conceitos. Esclarecer dúvidas acerca das rotinas do tratamento e a toxicidade aguda e tardia, bem como medidas a adotar para os minimizar. Realizar ensinamentos dos cuidados a ter durante o tratamento, demonstrando disponibilidade para o acompanhamento.

A Sra. Ana permanece independente nas atividades de vida diárias. Tem uma aparência simples mas cuidada. Fala de forma fluente e com linguagem

diversificada, referindo que se sente informada acerca do seu processo, mas evita fazer pesquisas ou falar do assunto fora das consultas devido às histórias que as pessoas contam e que, maioritariamente, são de carácter negativo.

Para uma avaliação mais pormenorizada utilizei o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), que identifica 12 atividades de vida que caracterizam a pessoa e, como tal, fazem parte da individualidade da sua existência. Cabe à intervenção de enfermagem contribuir para a resolução de problemas reais e a prevenção de problemas potenciais relacionados com as atividades de vida e lidar com eles de forma positiva.

Assim sendo, torna-se essencial que os enfermeiros na sua prática tenham em conta as respostas humanas aos problemas de saúde e projetos de vida de cada pessoa, bem como o processo adaptativo constante e o papel da enfermagem junto da pessoa, família e comunidade (Silva, 2007).

## **2.1. Identificação dos problemas e atividades de vida alteradas**

Para que seja possível planear, implementar e avaliar as intervenções individualizadas de enfermagem é fundamental conhecer a individualidade da existência da pessoa para, deste modo, contribuir para a prevenção de problemas potenciais ou reais, aliviar ou resolver os problemas, prevenir o seu possível reaparecimento e lidar positivamente com os mesmos (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Durante a consulta de enfermagem de 1ª vez e as subsequentes, foi possível identificar as atividades de vida alteradas e potenciais de serem alteradas com o tratamento da Sra. Ana de acordo com os diferentes fatores de influência (biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e politico-económicos) e segundo a capacidade da própria a realizar de forma independente/dependente. Neste sentido, passo a descrever as atividades de vida alteradas e as potenciais, considerando esta avaliação dinâmica no tempo e, portanto, passiva de sofrer alterações de acordo com as especificidades que forem surgindo.

Relativamente a **manter um ambiente seguro** diz respeito à necessidade de prevenir riscos potenciais de agressões externas através da realização de ensinamentos. **Comunicar** é uma atividade de vida a ser potenciada, visto a Sra. Ana encontrar-se por vontade própria a vivenciar esta situação de

forma isolada. Apesar de acompanhada aos tratamentos pela irmã não a quer sobrecarregar com preocupações não a envolvendo nas consultas. Todavia em casa também não quer incomodar a sobrinha, ou mesmo a filha, que apesar de ser enfermeira procura proteger para não a prejudicar no início de carreira, procurando camuflar os seus medos e angústias, para que a filha não sinta que se encontra vulnerável. Como quer mostrar força e coragem para a filha e filho, que se encontra nos Açores, acaba por ser com os profissionais de saúde que verbaliza as suas inquietações.

**Comer e beber** de forma adequada, a Sra. Ana tem apresentado uma alimentação mais cuidada, contudo, devido à RT tem o risco potencial de náuseas e vômitos, logo de diminuição da tolerância alimentar e possível perda de peso que irá influenciar a resposta aos tratamentos, tornando fundamental a monitorização desta atividade e do peso. Peso atual 57kg, altura 1,50 metros, tendo como índice de massa corporal 25,3 kg/m<sup>2</sup>.

Outra das atividades de vida alteradas é a **eliminação**, sendo que a Sra. Ana apresenta incontinência urinária de esforço desde a cirurgia utilizando um penso diário, e corrimento vaginal moderado. A nível intestinal afirma tendência para a obstipação evacuando de 2 em 2 dias, fezes duras. No entanto este quadro a nível intestinal poderá alterar-se ao longo do tratamento podendo apresentar episódios de fezes líquidas e/ou diarreia, tal como cólicas e tenesmo. Neste sentido deverá ser devidamente informada sobre as possíveis alterações.

**Higiene pessoal e vestir-se** encontra-se alterado não face à autonomia da Sra. Ana ou desleixo, mas pelas implicações do tratamento em que deverá utilizar roupa confortável, larga e de algodão, bem como a higiene pessoal deverá ser com produtos e cuidados específicos para a proteção cutânea, fundamental para prevenir radiodermites. Esta necessidade encontra-se diretamente relacionada com a necessidade de **controlar a temperatura do corpo** na região pélvica, inguinal e perineal diminuindo o desconforto associado e evitando o aumento da temperatura local e consequentemente lesões.

**Trabalhar e distrair-se** estão alteradas, uma vez que se encontra distante do seu ambiente natural, sendo fundamental o estímulo a procurar atividades a desenvolver na sua estadia em Lisboa, de modo a aproveitar atividades de lazer sentindo-se simultaneamente útil.

A **expressão da sexualidade** encontra-se alterada. A Sra. Ana não tem indicação médica para suspender atividade sexual, no entanto, como o companheiro não se encontra em Lisboa está limitada neste sentido e, visto ainda não ter iniciado atividade sexual pós cirurgia, sente-se insegura quanto à sua feminilidade. Apesar deste facto é necessário ser capacitada para determinados cuidados como higiene íntima e lubrificação, caso o seu companheiro a surpreenda e como tal, esteja preparada para iniciar a sua vida íntima com segurança e devidamente informada. Contudo, esta atividade tem potencial de aumentar a alteração devido à toxicidade e inibição pelos tratamentos, neste sentido, foi alertada para a toxicidade aguda e tardia e para a importância da prevenção da estenose vaginal, tendo sido explicado o acompanhamento que terá a este nível. A Sra. Ana mostrou sempre grande interesse nestes ensinamentos e na vontade em manter a vida sexual ativa.

A atividade **dormir** também se encontra alterada. Apresenta episódios de insónias, tendo que recorrer esporadicamente ao alprazolam 0,25 mg. Esta necessidade tem potencial de agravamento devido à possibilidade de polaquiúria e tenesmo.

Assim sendo, é necessário desenvolver intervenções de enfermagem que visem a capacitação da Sra. Ana para manter a sua autonomia na realização das atividades de vida promovendo a relação enfermeiro – Sra. Ana, através da escuta ativa e uma relação de confiança e segurança fundamental no decurso deste trajeto. Para além disso deveremos envolver outros elementos da equipa multidisciplinar sempre que se justificar o respetivo encaminhamento, sendo fundamental ao longo deste acompanhamento demonstrar disponibilidade.

## **2.2. Apreciação cognitiva e emocional**

A Sra. Ana encontra-se consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa.

Encontra-se a passar por algumas adversidades como o facto de estar longe do seu ambiente natural, e conseqüentemente do seu filho de 17 anos e do seu companheiro. Encontra-se preocupada com a vertente económica visto os seus rendimentos estarem mais baixos. Tem dificuldade em gerir as suas emoções apresentado episódios de alternância de humor, labilidade emocional e sensação constante de perda, apesar de conseguir perceber os aspetos positivos que esta situação lhe trouxe e aproveitando esta fase para ser mais cuidada consigo própria, pensando em si.

Segundo Meleis (2007), passar do estado saudável para doente, passa por uma alteração/mudança bastante significativa na sua vida que provoca um reajuste na vida social, familiar e emocional.

## **2.3. Intervenções de enfermagem**

As intervenções de enfermagem visam a promoção da saúde, ajudando a pessoa a quem se presta cuidados a conservar ou restabelecer a sua independência para dar resposta às próprias necessidades (Henderson, 2007). Para tal, no exercício da enfermagem deveremos procurar estabelecer uma relação de parceria com a pessoa e sua família, promovendo o projeto de saúde que ela vive e acredita, enfatizando a importância da readaptação após a doença (OE, 2004).

Perante as necessidades anteriormente destacadas questioneei a Sra. Ana quanto à sua vontade em envolver a irmã, que é a pessoa de referência, uma vez que a acompanha nas intervenções de enfermagem a realizar junto de si, sendo que preferiu, pelo menos por enquanto, não a envolver para não a sobrecarregar e/ou preocupar.

A Sra. Ana demonstra conhecimento sobre a proposta terapêutica, mas mostra-se renitente à RT e possível toxicidade devido a informações transmitidas por outras pessoas acerca do tratamento. Neste sentido a abordagem foi na tentativa de esclarecimento, clarificação e desmistificação de conceitos. Para além disso, foi fundamental compreender de que modo a

família se encontra a vivenciar este período, sendo que de acordo com a Sra. Ana têm estado a apoiá-la, mas também devido à distância procura não falar muito no assunto para não intensificar as inseguranças associadas.

No seguimento da obtenção destes dados na consulta de 1ª vez procurei capacitar a Sra. Ana para lidar com as atividades de vida alteradas de forma autónoma, assim como para as potenciais dado as especificidades do tratamento e possível toxicidade aguda associada.

Desde logo houve uma empatia estabelecida e percebi que conseguira captar a confiança da Sra. Ana, fundamental para a promoção do seu bem-estar e conseqüentemente contribuir para a sua qualidade de vida ao longo do percurso terapêutico que se encontra a vivenciar.

Nesta perspetiva a intervenção de enfermagem na consulta de 1ª vez junto da Sra. Ana focou-se em alcançar os seguintes objetivos:

- Iniciar o estabelecimento de uma relação de ajuda, promovendo a escuta ativa, apoio emocional, demonstrando disponibilidade para ela e para as suas prioridades, dando espaço para a verbalização de sentimentos, emoções, medos, angústias, incertezas;

- Ajudar a perceber o seu atual papel enquanto mulher, mãe, companheira, irmã, inserida numa sociedade e em processo de tratamento num ambiente estranho;

- Capacitá-la para manter a sua autonomia face às suas atividades de vida diárias e gestão da possível toxicidade aguda do tratamento;

- Promover a saúde através da realização de ensinamentos sobre a alimentação, cuidados cutâneos, uso de vestuário e acessórios, evitar fontes agressoras, repouso e exercício físico;

- Perceber como se encontra a vivenciar a sua sexualidade, visto que poderá manter relações sexuais, estando limitada apenas pela distância com o seu companheiro. No entanto, como pode receber alguma visita é fundamental o ensino para a lubrificação vaginal e a necessidade de higienizar adequadamente a região vulvar antes e após a prática sexual.

Na consulta de enfermagem subsequente (15ª fração) o objetivo foi:

- Perceber como se encontra a tolerar o tratamento e o está a vivenciar, neste caso o pior fator por ela relatado é estar ausente da sua casa, do seu filho e do seu companheiro;

- Avaliar a possível toxicidade aguda presente, intervindo se for da nossa competência e/ou encaminhando para o médico em caso de necessidade. A Sra. Ana negou qualquer alteração. Foi realizada monitorização do peso corporal, não havendo alterações face ao peso inicial. Avaliada integridade cutânea que está mantida, tendo sido reforçados ensinios sobre higiene íntima, hidratação, vestuário e troca de penso higiénico;

- Validar o cumprimento das medidas preventivas, tal como realizar ajustes de acordo com as necessidades atuais;

- Agendar o seu acompanhamento de acordo com as suas especificidades.

O meu último contacto foi na 25ª fração, na consulta de alta de enfermagem de RTE, com o objetivo de:

- Perceber a vivencia do processo terapêutico associado à RT. Encontra-se animada e otimista quer pelo término do tratamento, quer pelo regresso a casa;

- Monitorizar a toxicidade aguda presente, intervindo se for da nossa competência e/ou encaminhando para o médico em caso de necessidade. Neste caso a Sra. Ana refere tenesmo, sem outras alterações ou queixas. Foi realizada monitorização do peso corporal, não havendo alterações face ao peso inicial. Avaliada integridade cutânea que está mantida, tendo sido reforçados ensinios sobre higiene íntima, hidratação, vestuário e troca de penso higiénico;

- Validar o cumprimento das medidas preventivas, tal como realizar ajustes de acordo com as necessidades atuais até término de RTE;

- Realizar ensinios dos cuidados a ter pós RT para a toxicidade aguda e tardia associada, promovendo a sua readaptação após os tratamentos;

- Esclarecer questões relacionadas com o tratamento da braquiterapia e procedimentos inerentes;

- Clarificar acerca do acompanhamento de acordo com as suas especificidades.

Posteriormente será realizada consulta de enfermagem pré braquiterapia e 2 semanas pós braquiterapia com a consulta de oncosexologia, terminando o acompanhamento presencial (visto a Sra. Ana ser dos Açores). Nesta, é fundamental realizar ensinios acerca da prevenção da estenose vaginal, nomeadamente a importância de reiniciar atividade sexual 2 semanas após o

tratamento e deverá ser mantida com regularidade. Se a frequência prevista e/ou impossibilidade seja inferior a 3x semana a Sra. Ana será capacitada para alternar atividade sexual com manobras de dilatação vaginal, bem como as posições mais adequadas e lubrificação para permitir mais conforto e satisfação na atividade sexual. Neste acompanhamento devem ser mobilizados os recursos multidisciplinares e de apoio necessários para dar resposta às necessidades da Sra. Ana e sua família.

### 3. GESTÃO DA DOENÇA E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS

O diagnóstico de cancro acarreta um conjunto de informação, decisões e percurso clínico inesperado que implica uma série de consultas, profissionais, exames complementares de diagnósticos, tratamentos e protocolos terapêuticos. Assim sendo, a vivência de uma doença oncológica invade a vida da pessoa e família alterando a sua rotina habitual nas várias dimensões. Com a Sra. Ana não foi diferente, deixando-a vulnerável e frágil. Todo o processo desde o diagnóstico, até aos tratamentos decorreu de forma rápida, não dando tempo para compreender e/ou assimilar o que se estava a passar e em que consistia o seu itinerário terapêutico, encontrando-se numa constante adaptação face às propostas terapêuticas que se vão sucedendo.

Aquando do diagnóstico a questão da Sra. Ana era: “E agora?”, quando lhe apresentaram a proposta cirúrgica e depois de quimioterapia a questão foi: “O que falta?”. Com a RT: “Tenho que ir?”, após estes tratamentos questiona-se: “E depois?”. A desintegração provocada pelo diagnóstico não foi só ao nível da vulnerabilidade existencial. No caso da Sra. Ana provocou o seu afastamento do núcleo familiar pondo em causa o projeto de vida e remetendo-a para incertezas. Gerir estas emoções de maneira a conseguir proteger os filhos tem sido a grande luta na gestão da sua doença. Questionou-se muito do porquê a si, “sempre fiz as vigilâncias nos tempos que o médico mandava”. A Sra. Ana consegue falar sobre as inquietações que a invadiram de forma clara. Assim sendo, a intervenção de enfermagem deverá focar-se em ajudar a Sra. Ana a estruturar e reorganizar os seus pensamentos e sentimentos, gerindo as emoções emergentes, sendo fundamental o acompanhamento e envolvimento da equipa multidisciplinar.

Quando questionada acerca do futuro, apoia-se na sua fé, planeia regressar ao seu ambiente, ao seu trabalho e construir uma vida ao lado do seu companheiro. Sabe que o seu prognóstico é positivo, contudo existem interrogações que ninguém responde, colocando-a inevitavelmente numa posição de incerteza face ao futuro. A incerteza é uma experiência comum às pessoas que lidam com a doença oncológica, sendo fundamental a gestão da informação como um meio de lidar com a incerteza relacionada com a doença (Miller, 2014). Neste sentido, os enfermeiros deverão planear intervenções

dando continuidade aos cuidados após o tratamento do cancro de modo a facilitar a sua adaptação e promover a sua confiança e segurança.

As dificuldades têm surgido ao nível da adaptação à cidade e afastamento da família sendo gerador de stress. Como fatores facilitadores tem o apoio da irmã, da sobrinha, dos filhos e companheiro mesmo distantes.

Terminada a RTE, irá ainda realizar 2 sessões de braquiterapia intracavitária e posteriormente as vigilâncias e resultados serão realizados no hospital de origem. Neste sentido questiona: “posso acreditar que voltarei a ser mulher?”, referia-se à vivência da sua sexualidade. Ao longo do percurso terapêutico que ainda irá realizar terá uma consulta de enfermagem de oncosexologia 2 semanas após a braquiterapia com o objetivo de capacitá-la para a prevenção da estenose vaginal e diminuir as dificuldades no início da atividade sexual e intimidade do casal. Esta mostrou ser uma das suas grandes preocupações no futuro próximo do pós tratamento, tendo sido fundamental informá-la acerca do percurso a realizar e as estratégias que serão adotadas para facilitar a sua readaptação, nomeadamente a utilização do dilatador vaginal ou manual. A sexualidade é um construto multidimensional, devendo ser avaliada dessa forma e, conseqüentemente, a intervenção de enfermagem deve assentar sobre uma abordagem holística na prestação de informações e apoio às mulheres com cancro ginecológico (Cleary & Hegarty, 2011). A sobrevivência destas mulheres requer uma intervenção ampla que vise o bem-estar físico, psicológico, social, relacional e sexual (Gilbert, Ussher & Perz, 2011).

Encontrando-se esclarecida acerca do seu percurso e portanto das etapas que a esperam, mostrou-se mais confiante e segura no sentido de conseguir orientar o seu dia a dia, bem como, a partilha mais objetiva com o companheiro sobre o futuro de ambos enquanto casal.

Caso a Sra. Ana continuasse a ser seguida [REDACTED], teria ao seu dispor o acompanhamento na unidade de RT enquanto fosse considerado pertinente. Nesse sentido, teria a consulta de oncosexologia e ginecologia onde seria dada continuidade aos cuidados através do grupo de oncosexologia que faz reuniões mensais e onde são discutidos os casos em equipa multidisciplinar, sendo definido um plano de intervenção de acordo com as necessidades vigentes nesta fase da vivência da Sra. Ana.

## CONCLUSÃO

A realização deste estudo de caso no contexto deste ensino clínico permitiu-me sistematizar informação, bem como estruturar todos os aspetos inerentes à abordagem da enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica com doença oncológica do foro ginecológico. Neste sentido, permitiu-me espelhar a minha participação nas consultas de enfermagem no âmbito do objetivo definido, bem como organizar a informação definindo um plano de cuidados, identificando as necessidades alteradas, estabelecendo prioridades de intervenção, bem como fornecer, reforçar e/ou aconselhar a pessoa e família na gestão dos cuidados e ambiente durante e pós tratamento.

A situação da Sra. Ana manifestou-se particularmente interessante e por isso optei pela sua abordagem neste trabalho pela relação de empatia que foi desde logo criada, bem como pela construção do plano de cuidados de enfermagem em parceria com a mesma de acordo com as suas necessidades e prioridades, respeitando a sua vontade e individualidade, adaptando as intervenções à sua situação particular e tratamentos a realizar. Este acompanhamento permitiu-me clarificar a Sra. Ana e fazê-la perceber o seu percurso desde o início da RTE até às vigilâncias do pós tratamento, fazendo-me simultaneamente integrar os protocolos estabelecidos na unidade e a dinâmica de intervenção de enfermagem.

A Sra. Ana experimentou alterações de ordem física, mas enfatizou de forma mais constante as emocionais e ambientais.

O acompanhamento ao longo deste processo de questionamento acerca da sua existência deu-lhe força e fez com que se redefinisse a si mesma e procurasse o seu bem-estar neste “pós doença”, sendo fundamental a intervenção de enfermagem no apoio e capacitação para a vivência deste período, para a redefinição do seu projeto de vida procurando mobilizar o potencial da pessoa em questão de acordo com a sua singularidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cleary, V. & Hegarty, J. (2011). Understanding sexuality in women with gynaecological cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 15, 38-45.

Collière, M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL – edições técnicas.

Direção Geral de Saúde (2016). *Doenças Oncológicas em Números – 2015: Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4<sup>a</sup> ed.). Bruxelas: Harris DPI.

Gilbert, E., Ussher, J. & Perz, J. (2011). Sexuality after gynaecological cancer: A review of the material, intrapsychic, and discursive aspects of treatment on women's sexual-wellbeing. *Maturitas*, 70, 42-57.

Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusodidacta.

Lewin, S. (2011). Revised FIGO Staging System for Endometrial Cancer. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 54 (2), 215-218.

Miller, L. (2014). Uncertainty Management and Information Seeking in Cancer Survivorship. *Health Communication*, 29 (3), 233 – 243.

Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.

Nightingale, V. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi editores.

Silva, A. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

**Apêndice 12.**

Cronograma de atividades do estágio no serviço B

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO NO SERVIÇO B

Atividades a desenvolver	Outubro				Novembro		
	10	17	24	31	7	14	21
	14	21	28	4	11	18	25
1.1. Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem no serviço e com a equipa multidisciplinar;							
1.2. Realização de entrevistas aos enfermeiros da unidade;							
1.3. Consulta de guias de integração e/ou manual de normas e procedimentos do serviço.							
2.1. Observação da abordagem da equipa de enfermagem à pessoa e família face às suas necessidades;							
2.2. Identificação e análise de documentos de apoio à consulta de enfermagem;							
2.3. Avaliação das condições materiais e estruturais da consulta de enfermagem;							
2.4. Identificação e desenvolvimento de estratégias comunicacionais na abordagem à pessoa e família nesta fase de vulnerabilidade.							
3.1. Identificação das necessidades alteradas;							
3.2. Participação nas consultas de enfermagem;							
3.3. Organização da informação da consulta de enfermagem de modo a definir um plano de cuidados;							
3.4. Estabelece prioridades de intervenção;							
3.5. Mobilização dos conhecimentos baseados na evidência científica para a prática de cuidados;							
3.6. Fornece ou reforça informações necessárias para a continuidade dos cuidados, quer à equipa, quer à pessoa e família;							
3.7. Aconselhamento e apoio às pessoas e família na gestão dos cuidados e ambiente;							
3.8. Acompanhamento e perceção da dinâmica da equipa de oncosexologia nas diferentes valências ██████;							
3.9. Compreensão da dinâmica da equipa de feridas ██████ nas intervenções às radiodermites.							
<b>Elaboração do Relatório</b>							

**Legenda:**  Planeado  Realizado

**Apêndice 13.**

Diagnóstico de situação do serviço C

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DO SERVIÇO C

A necessidade de desenvolvimento de um acompanhamento estruturado à pessoa e família submetida a radioterapia (RT) pélvica, partiu de uma motivação pessoal pelo tema em questão, mas também de motivações profissionais.

No que se refere às motivações profissionais, estas resultaram da:

- Necessidade de aquisição de conhecimento neste âmbito de intervenção;
- Necessidade identificada pela equipa;
- Falta de um acompanhamento estruturado em todas as valências da RT pélvica;
- Aumento do número de pessoas submetidas a RT pélvica (representando 35% do total da atividade na unidade);
- Défice de registos apropriados com identificação das necessidades e prioridades individuais da pessoa e sua família, e encaminhamento das possíveis alterações avaliadas.

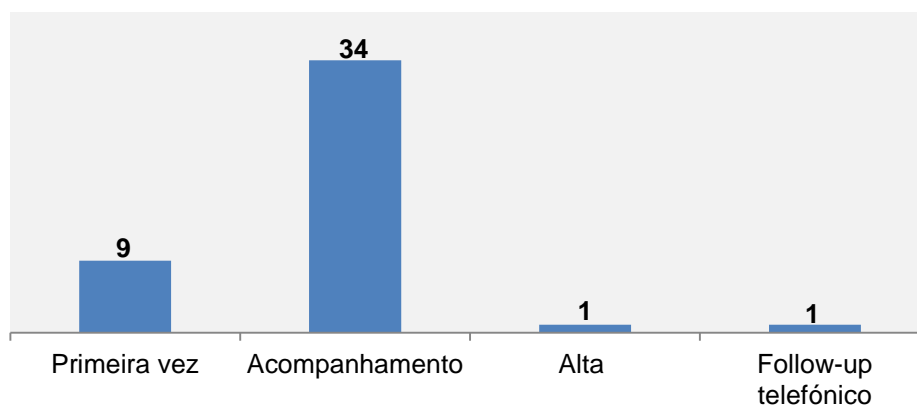
De modo a ter uma perceção mais precisa e objetiva da possível carência de intervenção, propus-me realizar o diagnóstico de situação do serviço C. Este foi efetuado com base nos registos dos radioncologista e enfermeiros no acompanhamento da pessoa e família submetida a RT pélvica durante a primeira semana de estágio, ou seja, no período de 28 novembro a 2 de dezembro.

Os dados colhidos foram utilizados única e exclusivamente para a realização do presente diagnóstico, não havendo forma de identificar nem os profissionais de saúde, nem as pessoas cujos processos foram objeto de análise.

Durante a semana referida seis dos nove radioncologistas realizaram consultas, bem como os dois elementos da equipa de enfermagem. As consultas foram de primeira vez, acompanhamento, de alta e *follow-up's* telefónicos.

Assim, para melhor perceção dos dados colhidos irei apresentar por patologia o número de consultas realizadas nos diferentes contextos de acompanhamento, bem como as alterações identificadas.

**Gráfico 1.** Tipo e número de consultas realizadas a homens com adenocarcinoma da próstata



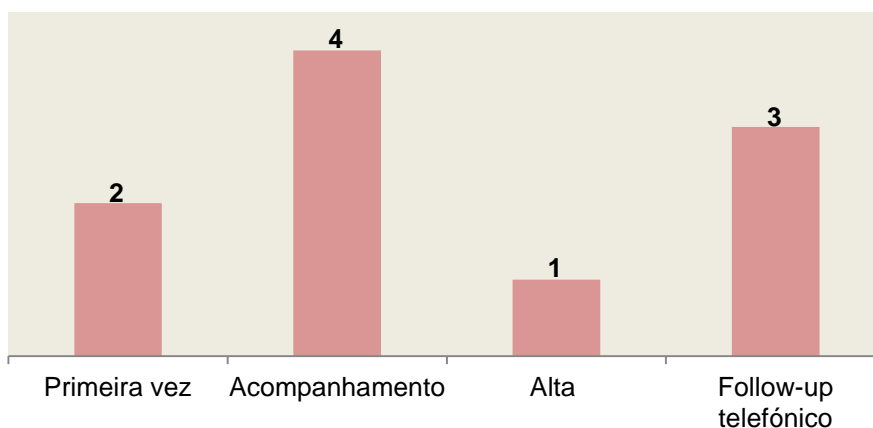
As consultas representadas no gráfico 1 dizem respeito à abordagem ao homem com adenocarcinoma da próstata, visto que a nível urológico no período de tempo referido foram as consultas existentes. Destes evidenciam-se os acompanhamentos que estão relacionados a consultas realizadas durante e pós tratamento nos acompanhamentos periódicos. Na análise das consultas foram enfatizadas alterações urinárias, intestinais e sexuais, sendo que não foram objeto de registo em todas as consultas (cf. gráfico 2). Verificou-se que apesar das alterações serem detetadas e devidamente identificadas em algumas situações, maioritariamente, não foi registado qualquer tipo de encaminhamento, seja a adoção de medidas farmacológicas ou sinalização para outros profissionais (urologista, fisioterapeuta, entre outros).

**Gráfico 2.** Alterações identificadas e registadas na consulta

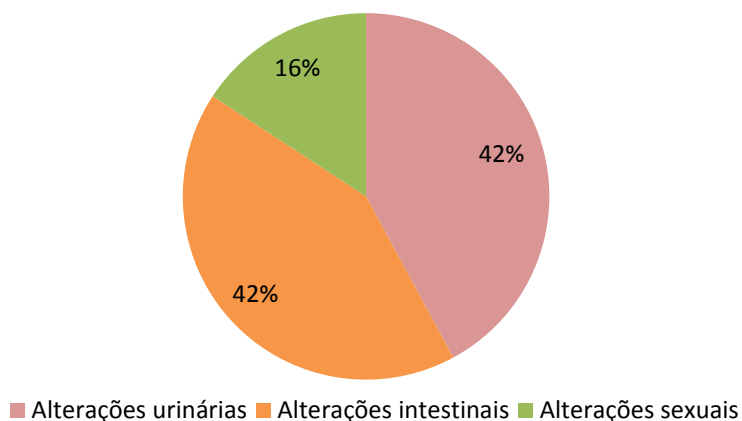


Quanto ao acompanhamento realizado à mulher com patologia do foro ginecológico (cf. gráfico 3), verifica-se um défice maior no registo das alterações sexuais e conseqüentemente do seu acompanhamento como é possível verificar pela análise do gráfico 4.

**Gráfico 3.** Tipo e número de consultas realizadas a mulheres com patologia do foro ginecológico

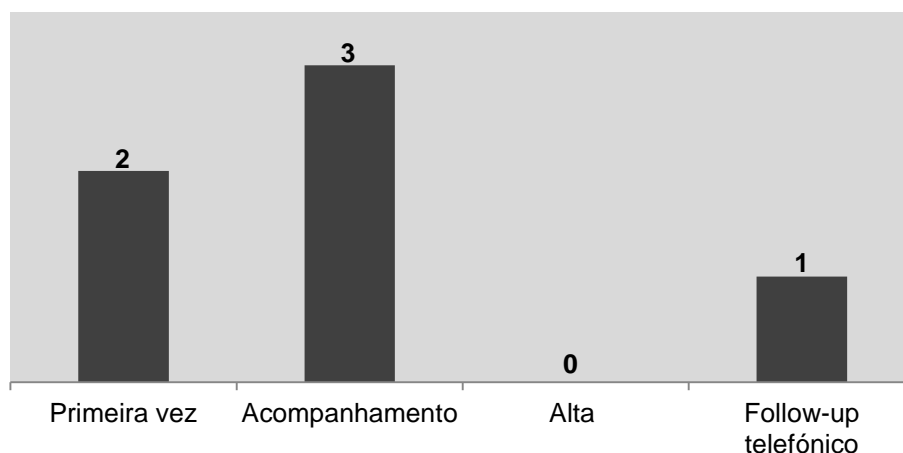


**Gráfico 4.** Alterações identificadas e registadas na consulta

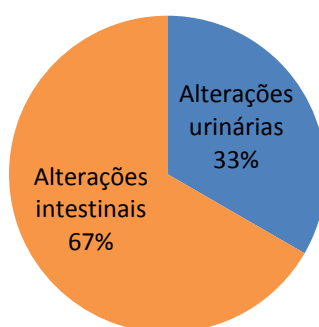


Outra das patologias inerentes ao acompanhamento médico e de enfermagem na abordagem à pessoa submetida à RT pélvica é o acompanhamento à pessoa com patologia do foro protológico, neste caso com adenocarcinoma do recto/canal anal. Cujas descrições de acompanhamento em consultas se encontra no gráfico 5, e as alterações mais prevalentes registadas no gráfico 6.

**Gráfico 5.** Tipo e número de consultas realizadas à pessoa com patologia do foro protológico



**Gráfico 6.** Alterações identificadas e registadas na consulta



Como é possível verificar pela análise do último gráfico no acompanhamento analisado pelos registos realizados não houveram descrições acerca das possíveis alterações ao nível da sexualidade.

Pela avaliação das consultas analisadas e registos a ela associados é possível concluir que nem sempre é avaliada a possível toxicidade aguda mais habitual nas diferentes dimensões: urinária, intestinal e sexual. Limitando deste modo a continuidade dos cuidados e perceção do estado geral da pessoa submetida a RT pélvica. Para além disso, sobressai o défice de registo dos encaminhamentos realizados. Em nenhum dos registos analisados das consultas, mesmo quando evidenciadas alterações urinárias (como incontinência), intestinais (exemplo tenesmo) ou sexuais (como disfunção erétil) foi verificado o encaminhamento para outros profissionais, como urologista e fisioterapeuta.

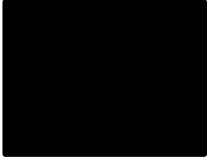
Em suma, urge a necessidade de sensibilizar a equipa para as implicações da RT pélvica e respetivo encaminhamento, bem como a realização de registos acerca das avaliações e medidas adotadas e vivência da pessoa face às possíveis alterações.

Esta análise não tem como propósito qualquer crítica aos cuidados prestados no serviço, mas sim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Considero, portanto, que a implementação da consulta uroprotoginecológica será um contributo para a melhoria do acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica, bem como para melhorar a dinâmica e articulação entre a equipa multidisciplinar intra e inter unidade de RT.

**Apêndice 14.**

Guia de integração à consulta de enfermagem uroprotoginecológica



- Unidade de Radioterapia -

---

# **Guia de Integração à Consulta de Enfermagem UroProtoGinecológica**

---

Elaborado por:

Enf.<sup>a</sup> Elda Freitas

Lisboa

2017

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AEOP - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa



DGS - Direção Geral de Saúde

ECOG - *Eastern Cooperative Oncology Group*

IGRT - *Image-guided radiation therapy*

IMRT - *Intensity-Modulated Radiation Therapy*

NCCN - *National Comprehensive Cancer Network*

PET - Tomografia por Emissão de Positrões

RT - Radioterapia

RM - Ressonância Magnética

RTOG/EORTC - *Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer*

SBRT - *Stereotactic Body Radiation Therapy*

TC - Tomografia Computorizada

VMAT - *Volumetric Arc Therapy*

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	5
<b>1. RADIOTERAPIA E TIPOS DE TRATAMENTO</b>	6
1.1. Radioterapia pélvica e modalidades de tratamento	8
1.2. Toxicidade aguda e tardia associada à radioterapia pélvica	10
<b>2. CONSULTA DE ENFERMAGEM</b>	
<b>UROPROTOGINECOLÓGICA</b>	11
2.1. Estrutura organizacional da consulta	12
2.2. Acolhimento	13
2.3. Acompanhamento	15
2.4. Alta	16
2.5. <i>Follow-up</i> telefónico e/ou presencial	17
2.6. Prevenção da estenose vaginal	17
<b>CONCLUSÃO</b>	20
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	21
<b>APÊNDICES</b>	
<b>Apêndice 1.</b> RTOG/EORTC <i>Acute and Late Radiation Scoring Criteria</i>	
<b>Apêndice 2.</b> Algoritmo de intervenção de enfermagem	
<b>Apêndice 3.</b> Guião da consulta de enfermagem uroprotoginecológica	
<b>Apêndice 4.</b> Folheto informativo	
<b>Apêndice 5.</b> Folheto informativo da prevenção da estenose vaginal	

## **Índice de imagens**

Pág.

**Imagem 1.** Esquema do percurso de tratamento da pessoa submetida a RT pélvica e respetivos momentos de intervenção de enfermagem na consulta uroprotoginecológica. 7

**Imagem 2.** Percurso de acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica e diferentes momentos de realização. 12

## INTRODUÇÃO

O presente guia foi elaborado para promover a integração da equipa de enfermagem da unidade de radioterapia (RT) para a compreensão e realização da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, procurando sistematizar a informação e intervenções a realizar.

A implementação da consulta e respetivos objetivos foram trabalhados junto da equipa médica e aceites pelo Diretor da Unidade de RT e pela Enfermeira Coordenadora [REDACTED].

Esta consulta destina-se às pessoas e família submetidas a RT pélvica após proposta de tratamento pelo radioncologista e tenham consentido a realização da mesma.

A equipa de enfermagem deverá intervir no pré, intra e pós tratamento, procurando promover a adaptação ao mesmo, monitorizando a possível toxicidade e contribuindo para o processo de reabilitação.

Assim sendo, e de modo a dar uma perspetiva abrangente de todo o acompanhamento realizado, este guia encontra-se organizado com uma perspetiva global da RT e tipos de tratamento, enfatizando os tratamentos de RT pélvica praticados na unidade e respetiva toxicidade. Seguidamente é salientado o objetivo da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, a sua estrutura e organização, tal como as intervenções a realizar em cada um dos momentos de contacto com vista à capacitação da pessoa e família para a RT pélvica.

## 1. RADIOTERAPIA E TIPOS DE TRATAMENTO

A RT é um dos tratamentos mais utilizados no combate às doenças oncológicas utilizando radiação ionizante com o objetivo de administrar determinada dose, num determinado volume alvo, de modo a produzir o dano desejado nas células tumorais e, simultaneamente, proteger ao máximo os tecidos saudáveis adjacentes, diminuindo a morbidade (Gosselin-Acomb, 2005). Existem dois tipos de radioterapia: braquiterapia, que consiste no uso de uma fonte de radiação (elemento radioativo), colocado dentro, ou em contacto com o doente, como forma de irradiação; e a radioterapia externa, que diz respeito à radiação emitida por uma fonte externa, ou seja, a radiação que atinge o tumor é emitida por um aparelho designado acelerador linear (DGS, 2009). [REDACTED] apenas é realizada a radioterapia externa, logo ao longo deste documento será este o tipo de radioterapia abordado.

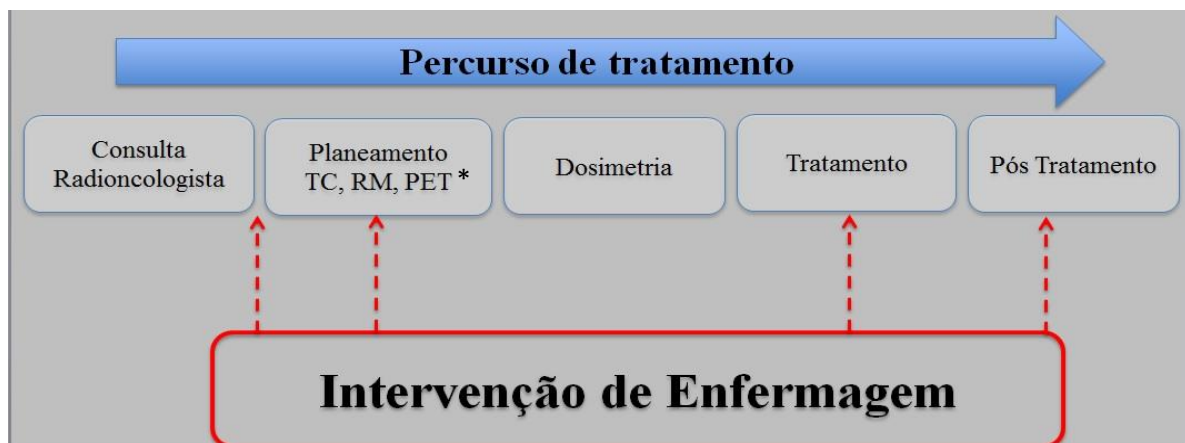
A unidade de RT [REDACTED] é reconhecida por utilizar avançados equipamentos e técnicas nesta opção terapêutica, sendo pioneira em determinadas técnicas de abordagem o que resulta em várias opções e esquemas de fracionamento. Sendo estes definidos da forma mais adequada e eficiente para a especificidade de cada caso clínico.

Para dar resposta às exigências da população submetida a este tipo de abordagem terapêutica é necessário uma equipa multidisciplinar empenhada na criação de um plano de tratamento/cuidados personalizados, de modo a alcançar os melhores resultados possíveis. Assim, a unidade de RT conta com o apoio direto de:

- **Radioncologistas** – Médicos especializados no tratamento de neoplasias utilizando radiações ionizantes. Avaliam a situação clínica, definem as áreas de tratamento, prescrevem o tipo, dose de radiação e o número de sessões. São responsáveis pela aprovação e validação final individual de cada tratamento. Fazem todo o acompanhamento clínico e vigilância durante e após o tratamento (*follow-up*);
- **Físicos e dosimetristas** – Elaboram o plano dosimétrico de acordo com a prescrição médica, garantindo que o tumor recebe a dose de radiação necessária assegurando simultaneamente a proteção dos órgãos saudáveis adjacentes;

- **Radioterapeutas** – Terapeutas especializados na realização dos exames de planeamento, preparação e administração do tratamento prescrito pelo(a) médico(a). Acompanham os doentes diariamente e são o elo de ligação com os restantes profissionais da equipa;
- **Enfermeiros** – Preparados para o tratamento de doenças oncológicas, fornecem informações acerca da RT, realizam procedimentos, esclarecem dúvidas, elucidam relativamente a possíveis efeitos secundários e cuidados a ter durante e após o tratamento. Prestam cuidados ao doente e aos elementos da família envolvidos neste processo saúde-doença;
- **Assistentes Operacionais** – Auxiliam os profissionais na execução das suas funções e são responsáveis pelo encaminhamento dos doentes até ao local de tratamento/consulta;
- **Secretárias de Unidade/Gestores de doentes** – Prestam todo o apoio de âmbito administrativo, nomeadamente agendamentos de consultas, exames de planeamento, tratamentos e respetiva faturação.

**Imagem 1.** Esquema do percurso de tratamento da pessoa submetida a RT pélvica e respetivos momentos de intervenção de enfermagem na consulta uroprotoginecológica



\*TC – Tomografia Computorizada; RM – Ressonância Magnética; PET – Tomografia por Emissão de Positrões.

## 1.1. Radioterapia Pélvica e modalidades de tratamento

A RT pélvica é utilizada maioritariamente como abordagem terapêutica de neoplasias do foro ginecológico, urológico e rectal/canal anal, seja com intuito curativo (radical, adjuvante, neoadjuvante), hemostático e paliativo, podendo provocar alterações ao nível do sistema urinário, intestinal e sexual. Pelo carácter íntimo desta possível toxicidade é importante que os profissionais estejam sensibilizados para a sua abordagem, prevenção, controlo e reabilitação.

este tratamento representa 35% do total da atividade desempenhada na unidade. Para além disso, corresponde a uma das localizações onde se tem investido no que se refere a tratamentos inovadores.

Na abordagem à pessoa submetida a RT por adenocarcinoma da próstata existem as seguintes modalidades:

- RT prostática: utilização de radioterapia de intensidade modulada (IMRT<sup>1</sup>) conjugada com VMAT<sup>2</sup>, com recurso a imagem guiada (IGRT<sup>3</sup>), que permitem esquemas de tratamento hipofracionado moderado realizado em 28 frações, de carácter diário (de segunda a sexta-feira), com uma dose total de 70 Gy<sup>4</sup>;

- SBRT<sup>5</sup> prostática: utilização de IGRT e dispositivos de monitorização locais (cateter vesical com *transponders*<sup>6</sup> e balão rectal) que permitem visualizar e afastar a uretra e o recto, respetivamente, com intenção de poupar estes órgãos. Tal permite a administração de uma dose superior de radiação

---

<sup>1</sup> IMRT- *Intensity-Modulated Radiation Therapy*. Tratamento de radioterapia que utiliza pequenos feixes de radiação com diferentes intensidades (NCCN, 2016a).

<sup>2</sup> VMAT- *Volumetric Arc Therapy*. Terapia de Arco Volumétrico é uma forma avançada de IMRT que proporciona uma distribuição de dose 3D precisa com uma rotação de 360 graus do alvo em um tratamento de arco único ou múltiplo (Rana, 2013).

<sup>3</sup> IGRT- *Image-guided radiation therapy* (radioterapia de imagem guiada), usa testes de imagem durante o tratamento para melhor direccionar a localização do tumor e respetiva incidência de radiação (NCCN, 2016a).

<sup>4</sup> Gy – Gray, unidade no sistema internacional de unidades de dose absorvida, representando a quantidade de energia de radiação ionizante absorvida (ou dose) por unidade de massa.

<sup>5</sup> SBRT - *Stereotactic Body Radiation Therapy*. Técnica recente, diz respeito à utilização de feixes de radiação muito precisos de alta dose, numa determinada localização. A utilização desta técnica é recomendada apenas por centros com equipamento adequado e experiência (NCCN, 2016a).

<sup>6</sup> *Transponders* – Dispositivos colocados no cateter vesical ou cilindro vaginal, e que permitem, em tempo real, detetar movimentos internos através da utilização do sistema de localização Calypso.

em cada tratamento, sendo geralmente realizadas 5 frações. A dose total aplicada à próstata será de 9 Gy por fração até um total de 45 Gy.

Quanto à RT por adenocarcinoma do recto/canal anal:

- RT recto/canal anal: utilização de radioterapia de intensidade modulada (IMRT) conjugada com VMAT, com recurso a imagem guiada (IGRT), com esquemas de tratamento hipofracionado realizado em 25 frações, de carácter diário (de segunda a sexta-feira), com uma dose total de 56 Gy;

- SBRT recto/canal anal: utilização de IGRT e dispositivos de monitorização locais (balão rectal com *transponders*) que permitem visualizar o volume alvo e proteger os órgãos adjacentes. Deste modo, é possível a administração de uma dose superior de radiação em cada tratamento, normalmente 5 frações, com uma dose total de 30 Gy.

No que se refere à RT devido a patologias do foro ginecológico os protocolos estabelecidos são:

- RT pélvis feminina: recurso à técnica de IMRT conjugada com VMAT para administração da dose de radiação de acordo com o volume alvo e as estruturas adjacentes a proteger. Este tratamento é realizado em 23 frações de 2 Gy, para alcançar uma dose total de 46 Gy na região pélvica e lombo-aórtica. Esta opção de tratamento pode ser seguida pelo SBRT da cúpula, do terço superior ou de toda a vagina;

- SBRT ginecológico: RT hipofracionada com técnica IGRT e dispositivos de monitorização locais recorrendo, para tal, a cateter vesical, balão rectal e cilindro vaginal com *transponders*. Desta forma, é possível administrar uma dose superior de radiação em cada tratamento num volume alvo específico. A dose total aplicada será de 5 ou 7 Gy por fração até um total de 15 ou 21 Gy.

Estes dados foram baseados nos documentos disponíveis na unidade de RT face aos protocolos atualmente em vigor e em estudo.

## 1.2. Toxicidade aguda e tardia associada à RT pélvica

A toxicidade aguda decorre desde o início do tratamento até 90 dias após e a toxicidade tardia inicia-se a partir dos 90 dias pós tratamento e pode surgir até anos após RT (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa-AEOP, 2015). Para além disso, é importante referir que esta toxicidade pode variar de acordo com as características da pessoa (idade, estado nutricional, integridade cutânea e antecedentes pessoais), características do tratamento (dose total de radiação administrada, volume do tecido a irradiar e tratamentos concomitantes) e características da doença (estadio e localização) (AEOP, 2015; Maher, 2005).

As principais reações adversas no âmbito da RT pélvica são a nível das alterações urinárias e intestinais, bem como vivência da sexualidade (Nicolaisen, Muller, Patel & Hanssen, 2014; Bhattasali et al., 2014; Pasek, Suchocka & Urbanski, 2012; Fakhrian et al., 2013; Hennies et al., 2012; Katz, Ferrer & Suárez, 2012).

Neste sentido, torna-se fulcral a utilização de escalas para a uniformização da avaliação da toxicidade aguda e tardia. Na unidade de RT esta avaliação é realizada com base na escala RTOG/EORTC<sup>7</sup> (Cox, Stetz & Pajak, 1995), sendo objeto de avaliação pela equipa médica e de enfermagem (apêndice 1). Esta escala permite avaliar o grau de toxicidade nos diferentes tecidos/localizações envolvidos no tratamento, sendo de 0 a 5, em que 0 é quando a pessoa se encontra assintomática face ao estado prévio ao tratamento e 5 significa que os efeitos da RT conduziram à morte.

Deste modo, tendo em conta a possível toxicidade foi criado, no âmbito da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, um algoritmo para tornar a intervenção de enfermagem mais coerente e uniforme, tal como célere e concordante com as melhores práticas clínicas dentro da equipa de RT (apêndice 2). Não obstante de que este poderá sofrer alterações de acordo com a individualidade de cada pessoa e família, conduzindo a diferentes intervenções de acordo com a avaliação e necessidades emergentes.

---

<sup>7</sup> RTOG/EORTC - *Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer.*

## 2. CONSULTA DE ENFERMAGEM UROPROTOGINECOLÓGICA

A consulta de enfermagem define-se como o momento de intervenção que visa a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Diário da República, Portaria n.º306-A/2011), constituindo uma ocasião privilegiada para a relação, educação, prevenção e acompanhamento.

De acordo com a literatura a necessidade de estruturar o acompanhamento da pessoa submetida a RT pélvica é identificada como sendo fundamental para a promoção da qualidade de vida da pessoa e família (White, 2015; Nicolaisen et al., 2014; Pasek et al., 2012; Wong et al., 2011; Queenan, Feldman-Stewart, Brundage & Groome, 2010; Serrano, 2005), destacando intervenções a nível físico, emocional, de informação, de capacitação, de segurança face à vulnerabilidade existencial e de reabilitação (Nicolaisen et al., 2014; Egestad, 2013; Pedersen, Koktved & Nielsen, 2013).

No que há RT pélvica diz respeito, tendo em conta as principais implicações e/ou toxicidade associada, considera-se fulcral a implementação da consulta uroprotoginecológica. Esta permite individualizar os cuidados e dar resposta às necessidades da pessoa e família submetida ao tratamento, identificar as necessidades e implicações do tratamento de RT pélvica para a pessoa e seus pares, desenvolver intervenções no âmbito do controlo sintomático e/ou sua prevenção, tal como desenvolver desde logo estratégias de reabilitação.

Tais princípios vão ao encontro do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (2001), ao identificar nas doze atividades de vida que caracterizam a pessoa a eliminação e a expressão da sexualidade, as quais podem ser influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos. A capacidade da pessoa em conseguir realizar de modo dependente ou independente tais atividades de vida deve ser avaliada no *continuum* dependência/independência e os cinco fatores que as influenciam constituem e possibilitam a individualidade da existência. Estas mesmas autoras defendem que só é possível intervir de forma individualizada

através da apreciação, planeamento, implementação e avaliação dos resultados e benefícios obtidos.

Deste modo a consulta de enfermagem uroprotoginecológica tem como objetivo a capacitação da pessoa para a RT pélvica e preparação para as suas implicações a curto e a longo prazo.

## 2.1. Estrutura organizacional da consulta

A consulta foi estruturada em consenso com a equipa médica envolvida no acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica e de acordo com as diferentes especialidades. Posteriormente, e procurando o consenso e coerência no acompanhamento realizado, tal proposta foi submetida a aprovação pela coordenadora de enfermagem e diretor clínico da unidade.

Deste modo, procurou-se implementar a consulta de acordo com o percurso da pessoa submetida a RT pélvica, logo em diferentes momentos e com diferentes objetivos:

- Acolhimento;
- Acompanhamento;
- Alta;
- Follow-up telefónico ou presencial após tratamento.

**Imagem 2.** Percurso de acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a RT pélvica e diferentes momentos de realização

Percurso RT pélvica				
Área de Intervenção	Consulta de Acolhimento de enfermagem	Consulta de Acompanhamento de enfermagem	Consulta de Alta de enfermagem	Follow-up de enfermagem após RT
RT Ginecológica	Pré RT ou 1ª Sessão de RT	- 10ª e 20ª sessão; - Se SBRT Ginecológico, em todas as sessões; - Ajustado às necessidades.	Última sessão de RT	Follow-up presencial ou telefónico pós RT: - 2 Semanas - 1Mês - 3 Meses
RT Protológica	Pré RT ou 1ª Sessão de RT	- Até à 10ª sessão; - Se SBRT recto/canal anal, ao longo de todas as sessões; - Ajustado às necessidades.	Última sessão de RT	Follow-up presencial ou telefónico pós RT: - 2 Semanas - 1Mês - 3 Meses
RT Urológica	Pré RT ou 1ª sessão de RT	- Até à 10ª sessão; - Se SBRT prostática, em todas as sessões; - Ajustado às necessidades.	Última sessão de RT	Follow-up presencial ou telefónico pós RT: - 2 Semanas - 1Mês - 3 Meses

A consulta encontra-se organizada desta forma, uma vez que se pretende capacitar a pessoa para a RT pélvica e sua família, identificando as necessidades da pessoa submetida a RT, prevenindo e controlando a possível toxicidade, ajudando na adaptação às especificidades do tratamento e alterações inerentes e ainda contribuindo para o processo de reabilitação.

Neste sentido, e de forma a promover a coerência na abordagem e acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica e sua família, foi realizado um guião da consulta uroprotoginecológica (cf. apêndice 3) que inclui os diferentes momentos de contato de enfermagem ao longo do percurso de tratamento.

## **2.2. Acolhimento**

Nesta fase pretende-se conhecer a pessoa de modo a prestar cuidados de enfermagem individualizados. De acordo com o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), esta etapa corresponde à apreciação, que consiste na recolha de informação sobre a pessoa (neste caso inicialmente leitura do processo clínico), revisão da informação recolhida (junto da pessoa e respetiva atualização), identificação dos problemas da pessoa quanto às suas atividades de vida e estabelecimento de prioridades. Esta apreciação não é estanque num único momento, podendo ser realizada ao longo do percurso de tratamento de acordo com a relação estabelecida com a pessoa e família. Este é também o momento do planeamento.

Assim, com o acolhimento na consulta uroprotoginecológica pretende-se:

- Acolher a pessoa e família submetida a RT pélvica na unidade;
- Obter dados para personalização dos cuidados e estabelecimento de relação de ajuda com a pessoa;
- Registrar e/ou validar antecedentes pessoais, antecedentes familiares oncológicos, alergias, medicação habitual, história da doença atual e proposta de tratamento;

- Avaliar o *performance status* (ECOG)<sup>8</sup>, registando o estado geral da pessoa. Em conformidade com o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), deve-se avaliar as doze atividades de vida, identificando as alteradas e/ou potencialmente alteradas e que deverão ser avaliadas quanto à capacidade da pessoa de conseguir realizar de modo dependente ou independente, identificando os fatores de influência (biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos);
- Avaliar os dados antropométricos;
- Perceber o nível de perceção da pessoa face ao seu diagnóstico e até que nível pretende obter ou não informação, prestando esclarecimentos quando solicitado;
- Compreender se a pessoa se encontra à vontade e informada acerca da proposta de tratamento;
- Explicar em que consiste a RT pélvica e desmistificar possíveis conceitos formulados de experiências anteriores;
- Informar/esclarecer as etapas que envolvem o tratamento, explicando os procedimentos inerentes a cada uma;
- Elucidar quanto à possível toxicidade aguda;
- Realizar ensinamentos dos cuidados a ter durante o tratamento de acordo com as necessidades da pessoa e/ou especificidades do tratamento;
- Envolver a pessoa e família no estabelecimento do plano de cuidados;
- Fornecer documento de reforço da informação (apêndice 4);
- Facultar o contacto telefónico de referência;
- Evidenciar disponibilidade e atenção da equipa para com a pessoa;
- Encaminhar e informar, acerca dos recursos existentes [REDACTED] [REDACTED] (se encaminhamento registar nas observações);
- Registar a informação resultante do acolhimento, manifestações emocionais, dificuldades observadas e/ou verbalizadas, plano de cuidados estabelecido, intervenções levadas a cabo e a assimilação das mesmas pela pessoa.

---

<sup>8</sup> Escala de avaliação de desempenho. Descreve a capacidade para o autocuidado, atividades de vida e capacidade física. Esta é a escala utilizada no serviço e deverá ser reavaliada sempre que houver alteração da *performance status*, como possível consequência do tratamento, e deverá ser registada no campo da avaliação da toxicidade (Oken et al, 1982).

Se consulta de 1ª vez para SBRT prostática, recto/canal anal ou ginecológico o enfermeiro irá acompanhar a simulação uma vez que terá que realizar os procedimentos técnicos inerentes ao tratamento e, conseqüente no planeamento (algáliação, sonda rectal, colocação de cilindro vaginal).

### **2.3. Acompanhamento**

O acompanhamento deverá ser realizado de acordo com o programa estabelecido e visível na imagem 2, contudo este poderá ser ajustado de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa. Esta fase corresponde à implementação e avaliação dos resultados de acordo com os objetivos determinados. Para o devido registo e continuidade dos cuidados deverá ser utilizado o guião da consulta uroprotoginecológica quanto ao acompanhamento.

Deste modo, os objetivos no acompanhamento são:

- Perceber como a pessoa se encontra a vivenciar o tratamento, avaliando a sua adaptação;
- Procurar reforçar a relação de ajuda;
- Verificar a adesão aos cuidados indicados e possíveis dificuldades;
- Avaliar a toxicidade aguda segundo a escala de EORTC/RTOG (vigente no serviço);
- Verificar se existem alterações nas atividades de vida, intervindo de forma adequada a cada caso;
- Salientar a manutenção e/ou alteração dos cuidados a ter;
- Validar a utilização de medidas preventivas de acordo com a possível toxicidade;
- Encaminhar para o médico responsável ou outros profissionais em caso de necessidade (registar em observações);
- Calendarizar o acompanhamento, tendo em conta as especificidades de cada pessoa e família;
- Ajustar o acompanhamento ao tipo de tratamento utilizado;
- Registar a informação resultante do acompanhamento.

Se SBRT prostática, recto/canal anal ou ginecológico o enfermeiro irá realizar o acompanhamento diariamente, uma vez que realiza os procedimentos técnicos inerentes ao tratamento (algáliação, sonda rectal, colocação de cilindro vaginal).

## **2.4. Alta**

Na consulta de alta pretende-se reavaliar o plano de enfermagem estabelecido e o resultado das intervenções ajustando-as às necessidades do pós tratamento. Procurando desenvolver estratégias que reforcem o potencial da pessoa para lidar com as alterações/toxicidade e respetivas necessidades, bem como para a gestão e mobilização de recursos.

Para tal, faz parte do guião da consulta de enfermagem uroprotoginecológica a alta de enfermagem.

Nesta consulta pretende-se:

- Verificar a vivência do tratamento;
- Validar a adesão aos cuidados indicados;
- Identificar as dificuldades sentidas;
- Avaliar a toxicidade aguda segundo a escala de EORTC/RTOG (vigente no serviço);
- Verificar se existem alterações nas atividades de vida, intervindo de forma adequada a cada caso;
- Elucidar quanto à toxicidade aguda e tardia;
- Realizar ensinamentos dos cuidados pós tratamento;
- Fornecer estratégias para a readaptação e reabilitação;
- Clarificar o percurso no pós tratamento;
- Encaminhar para o médico responsável ou outros profissionais em caso de necessidade (registar em observações);
- Registar a informação resultante da alta de enfermagem.

## **2.5. *Follow-up* telefónico e/ou presencial**

O *follow-up* pretende manter o acompanhamento e fortalecer a relação de parceria que se prolonga para além do término do tratamento. Esta poderá ser realizada de forma presencial ou telefónica de acordo com as características pessoais e tratamento realizado, procurando:

- Perceber estado geral da pessoa;
- Compreender a adaptação da pessoa à vivência no seu quotidiano;
- Avaliar a toxicidade existente e implicações no seu bem-estar;
- Validar o cumprimento das indicações e/ou aconselhar cuidados e medidas a adotar, tal como prestar esclarecimentos solicitados;
- Encaminhar para o médico responsável ou outros profissionais em caso de necessidade (registar em observações).

## **2.6. Prevenção da estenose vaginal**

A estenose vaginal é uma das principais complicações associadas à RT ginecológica (Fakhrian et al., 2013; Katz, Ferrer & Suárez, 2012; Bruheim et al., 2010). Sendo que é fundamental intervir desde o início da RT de modo a conseguir proporcionar a melhor adaptação possível ao tratamento e prevenir as complicações e/ou contribuir para a sua minimização e controlo.

Neste sentido é fundamental perceber como a mulher se encontra a vivenciar a sua sexualidade, visto que a RT poderá ser utilizada como tratamento adjuvante, podendo existir já complicações resultantes de tratamentos realizados (cirurgia, quimioterapia) ou simplesmente o impacto do diagnóstico. Os tratamentos associados a patologias do foro ginecológico, poderão conduzir à disfunção sexual, sendo as principais alterações: redução da libido, anorgasmia, diminuição da excitação, dispareunia e vaginismo, podendo ainda levar a complicações como a estenose e atrofia vaginal, diminuição da lubrificação e sensibilidade (Wolfson et al., 2012; Franceschini, Scarlato & Cisi, 2010).

Para prevenir a estenose vaginal é necessário recorrer a dilatações vaginais a partir da segunda semana após o término da RT (NCCNb, 2016), devendo desde logo ser explicada a importância da dilatação vaginal como

forma de manutenção da atividade sexual, garantir a vigilância ginecológica e evitar possíveis complicações (Wolfson et al., 2012).

Neste sentido, torna-se fundamental desde o primeiro contacto procurar estabelecer uma relação propícia à partilha, tal como introduzir a importância deste tema no decorrer do tratamento.

Não obstante se a mulher tiver um(a) companheiro(a) e ambos demonstrarem vontade o acompanhamento deve envolver o casal e não se limitar apenas à mulher.

Para tal, deverá procurar-se na consulta de acolhimento uroprotoginecológica:

- Perceber como a mulher se encontra a vivenciar a sua sexualidade;
- Desmistificar conceitos;
- Se sexualmente ativa, realizar ensinamentos acerca da importância da lubrificação à base de água, possíveis efeitos secundários e estratégias a adotar (por ex.: posições de conforto);
- Introduzir a importância de prevenir a estenose vaginal.

Na consulta de acompanhamento uroprotoginecológica:

- Verificar como se encontra em relação à sua sexualidade;
- Perceber se permanece ativa sexualmente e queixas associadas;
- Reforçar ensinamentos e adaptar medidas.

No âmbito da consulta de alta uroprotoginecológica, pretende-se:

- Avaliar a possível toxicidade e limitações desenvolvidas;
- Validar como se encontra em relação à sua sexualidade;
- Explicar a importância da prevenção da estenose vaginal e estratégias a adotar após término de tratamento:
  - Manter ou reiniciar a atividade sexual nas 2 a 4 semanas após fim de tratamento;
  - A prevenção da estenose vaginal poderá ser realizada através da atividade sexual regular e/ou recurso à utilização de dilatadores;
  - A dilatação vaginal deverá ser realizada 2 a 3 vezes por semana durante 15 ou 10 minutos, respetivamente (International Clinical Guideline Group, 2012);

- Se a prática sexual não for regular ou inexistente deve recorrer a dilatador vaginal (fornecer informações de aquisição e modelo indicado pela unidade, se ajustado à mulher);
- Prestar esclarecimentos acerca de posições mais indicadas para reinício da atividade sexual e/ou utilização de dilatador;
- Caso a mulher por algum motivo se recuse a aderir às metodologias referidas anteriormente fornecer como alternativa a dilatação manual;
- Aconselhar o recurso a lubrificantes de base aquosa para evitar traumatismo da mucosa vaginal e conseqüentemente o possível desconforto.
- Validar a compreensão das medidas referidas e procurar perceber com qual a mulher mais se identifica e pretende adotar;
- Fornecer documento de reforço da informação prestada (apêndice 5);
- Agendar o *follow-up* de acordo com as necessidades da mulher (presencial ou telefónico).

Nos *follow-ups* telefónicos e/ou presenciais dever-se-á:

- Verificar se a mulher apreendeu a informação;
- Validar o cumprimento dos ensinamentos realizados;
- Perceber quais as dificuldades sentidas;
- Confirmar se a mulher aderiu à prevenção da estenose vaginal e qual a técnica adotada;
- Encaminhar situação em caso de dificuldades ou alterações;
- Prestar esclarecimentos e/ou reforço positivo;
- Demonstrar disponibilidade e apoio pela equipa.

## CONCLUSÃO

Com a leitura deste guia é perceptível o percurso da pessoa submetida a RT pélvica, assim como, o acompanhamento de enfermagem realizado no âmbito da consulta uroprotoginecológica.

Deste modo, é possível compreender o tipo de tratamentos de RT realizados e associados à consulta de enfermagem uroprotoginecológica, tal como as intervenções de enfermagem a realizar e respetivos objetivos, bem como os momentos para a sua realização. Apesar do plano estabelecido, poderão ser sempre ajustadas as medidas e acompanhamento realizado de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa e família submetida a tratamento de RT pélvica.

Assim sendo, constitui uma mais-valia como ferramenta de integração à atividade de enfermagem no âmbito da RT pélvica na unidade de RT [REDACTED].

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP, 2015). *Linhas de Consenso Radiodermite*. Acedido a 8-01-2016. Disponível em:

[http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso\\_Radiodermite\\_def.pdf](http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso_Radiodermite_def.pdf)

Bhattasali, O., Chen, L., Woo, J., Park, J., Kim, J., Moures, R.,..., Collins, S. (2014). Patient-reported outcomes following stereotactic body radiation therapy for clinically localized prostate cancer. *Radiation Oncology*, 9 (52), 1-24.

Bruheim, K., Magnetveit, K., Skovlund, E., Balteskard, L., Carlsen, E., Fossa, S. & Guren, M. (2010). Sexual function in females after radiotherapy for rectal cancer. *Acta Oncologica*, 49 (6), 826–832.

Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Saarbrücken: LAP Lambert Academic Publishing.

Cox, J., Stetz, J. & Pajak, T. (1995). Toxicity criteria of the Radiation therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Radiation Oncology*, 31 (5), 1341 – 1346.

Direção Geral de Saúde (2009). *Manual de Boas Práticas de Radioterapia*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG, 2016). *ECOG Performance Status*. Acedido a 05-12-2016. Disponível em

<http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>

Egestad, H. (2013). How does the radiation therapist affect the cancer patients' experience of the radiation treatment? *European Journal of Cancer Care*, 22, 580-588.

Fakhrian, K., Sauer, T., Dinkel, A., Klemm, S., Schuster, T., Molls, M. & Geinitz, H. (2013). Chronic adverse events and quality of life after radiochemotherapy in anal cancer patients. *Strahlentherapie und Onkologie*, 189 (6), 486-494.

Franceschini, J., Scarlato, A. & Cisi, M. (2010). Fisioterapia nas Principais Disfunções Sexuais Pós-Tratamento do Câncer do Colo do Útero: Revisão Bibliográfica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56 (4), 501-506.

Gosselin-Acomb, T. (2005). Principles of Radiation Therapy. In. C. Yarbro, M. Frogge & M. Goodman. *Cancer nursing: principles and practice* (6<sup>a</sup> ed.), (pp. 230 – 246). Sudbury: Jones and Bartlett.

Hennies, S., Wolff, H., Jung, K., Rave-Fränk, M., Gaedcke, J., Ghadimi, M., ..., Christiansen, H. (2012). Testicular radiation dose after multimodal curative therapy for locally advanced rectal cancer. *Strahlentherapie und Onkologie*, 10, 926-932.

International Clinical Guideline Group (2012). International Guidelines on vaginal dilation after pelvic radiotherapy. UK: Owen Mumford.

Katz, A., Ferrer, M. & Suárez, J. (2012). Comparison of quality of life after stereotactic body radiotherapy and surgery for early-stage prostate cancer. *Radiation Oncology*, 7 (1), 194-202.

Maher, K. (2005). Radiation Therapy: toxicities and management. In. C. Yarbro, M. Frogge & M. Goodman. *Cancer nursing: principles and practice* (6<sup>a</sup> ed.), (pp. 283 – 313). Sudbury: Jones and Bartlett.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2016a). Guidelines for Patients Prostate Cancer. Version 1.2016. Acedido a 9-01-2017. Disponível em <https://www.nccn.org/patients/guidelines/prostate/files/assets/common/downloads/files/prostate.pdf>

National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2016b). Guidelines for Patients Cervical Cancer. Version 1.2016. Acedido a 9-01-2017. Disponível em <https://www.tri-kobe.org/nccn/guideline/gynecological/english/cervical.pdf>

Nicolaisen, M., Muller, S., Patel, H. & Hanssen, T. (2014). Quality of life and satisfaction with information after radical prostatectomy, radical external beam radiotherapy and postoperative radiotherapy: a long-term follow-up study. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 3403–3414.

Oken, M., Creech R., Tormey D., Horton J., Davis, T., McFadden, E. & Carbone P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5 (6), 649-655.

Onega, L. (2006). Powerlessness. In Lubkin, I. & Larsen, P. (2006). *Chronic Illness: Impact and Interventions*. (6<sup>a</sup> ed.), (pp. 305 – 319). London: Jones and Bartlett Publishers.

Pasek, M., Suchocka, L. & Urbanski, K. (2012). Quality of life in cervical cancer patients treated with radiation therapy. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 690-697.

Pedersen, B.; Koktved, D. & Nielsen, L. (2013). Living with side effects from cancer treatment – a challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, 715-723.

Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de Dezembro (2011). Reforma do Sistema de Saúde com vista a garantir a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 113/2011, de 29 de Novembro. *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série; N.º 242.

Queenan, J., Feldman-Stewart, D., Brundage, M. & Groome, P. (2010). Social support and quality of life of prostate cancer patients after radiotherapy treatment. *European Journal of Cancer Care*, 19, 251–259.

Rana, S. (2013). Intensity modulated radiation therapy versus volumetric intensity modulated arc therapy. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 60 (3), 81–83.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi editores.

Serrano, S. (2005). Os técnicos de saúde e a sexualidade dos doentes oncológicos: Atitudes, crenças e intenções comportamentais. *Análise Psicológica*, 2 (23), 137-150.

White, I. (2015). Sexual Difficulties after Pelvic Radiotherapy: Improving Clinical Management. *Clinical Oncology*, 27, 647-655.

Wolfson, A., Varia, M., Moore, D., Rao, G., Gaffney, D., ..., Cardenes, H. (2012). ACR Appropriateness Criteria role of adjuvant therapy in the management of early stage cervical cancer. *Gynecologic Oncology*, 125, 256-262.

Wong, J., D'Alimonte, L., Angus, J., Paszat, L., Soren, B. & Szumacher, E. (2011). What Do Older Patients with Early Breast Cancer Want to Know While Undergoing Adjuvant Radiotherapy? *Journal of Cancer Education*, 26 (2), 254-261.

## **APÊNDICES**

**Apêndice 1**

*RTOG/EORTC Acute and Late Radiation Scoring Criteria*

<b>RTOG/EORTC ACUTE Radiation Morbidity</b>				
<b>Localização</b>	<b>Grau 1</b>	<b>Grau 2</b>	<b>Grau 3</b>	<b>Grau 4</b>
Pele	Eritema ligeiro a moderado; Alopecia; Descamação seca; Hipohidrose.	Eritema moderado a intenso; Pele sensível; Descamação húmida irregular; Edema moderado.	Descamação húmida confluenta (não restrita a pregas cutâneas); Edema marcado.	Ulceração; Hemorragia; Necrose.
Membrana mucosa	Irritação, pode apresentar uma dor ligeira, não necessita de analgésicos.	Mucosite irregular que pode produzir uma secreção inflamatória sero-hemática, dor moderada com necessidade de analgesia.	Mucosite fibrosa confluenta, pode incluir dor intensa que requer opioides.	Ulceração, hemorragia ou necrose.
Sistema gastrointestinal superior	Anorexia, com perda de peso $\leq$ 5% face ao valor pré-tratamento; náusea, sem recurso a antieméticos; desconforto abdominal sem necessidade de analgesia.	Anorexia com perda de peso $\leq$ 15% face ao pré-tratamento; náuseas e/ou vômitos que requerem uso de antieméticos; dor abdominal com necessidade de analgesia.	Anorexia com perda de peso $>$ 15% face ao pré-tratamento, bem como náuseas e/ou vômitos necessitando de ENG ou alimentação parentérica; dor abdominal, apresentando hematemese ou melenas, bem como distensão abdominal (ansas intestinais distendidas).	Íleo com obstrução subaguda ou aguda, podendo ocorrer perfuração, sangramento GI que necessite de transfusão; dor abdominal que necessite de descompressão.
Sistema gastrointestinal baixo/Pélvis	Aumento da frequência ou alteração dos hábitos intestinais sem necessidade de medicação; desconforto rectal que não necessita de analgesia.	Diarreia e dor rectal ou abdominal que necessita de recurso a medidas farmacológicas.	Diarreia que requer suporte parentérico; mucosa com lesão grave ou perdas hemáticas necessitando de pensos higiénicos; distensão abdominal (ansas intestinais distendidas).	Obstrução aguda ou subaguda, fístula ou perfuração; hemorragia GI que requer transfusão; dor abdominal ou tenesmo que requerem descompressão.
Genito-urinário	Frequência urinária ou noctúria duas vezes superior ao pré-tratamento; disúria e urgência urinária, mas sem necessidade de medicação.	Frequência urinária ou noctúria até 1 hora. Disúria, urgência urinária e espasmo vesical que necessita de analgesia.	Polaquiúria com urgência urinária e noctúria $<$ a 1 hora; disúria, dor pélvica ou espasmos vesicais, com hematúria com ou sem passagem de coágulos.	Hematúria que requer transfusão; obstrução aguda da bexiga não secundária à passagem de coágulos, ulceração ou necrose.
Em todas as localizações: 0 - sem sintomas, 5 – morte, diretamente relacionada com os efeitos da radiação				

Adaptado de Cox, J., Stetz, J. & Pajak, T. (1995). Toxicity criteria of the Radiation therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

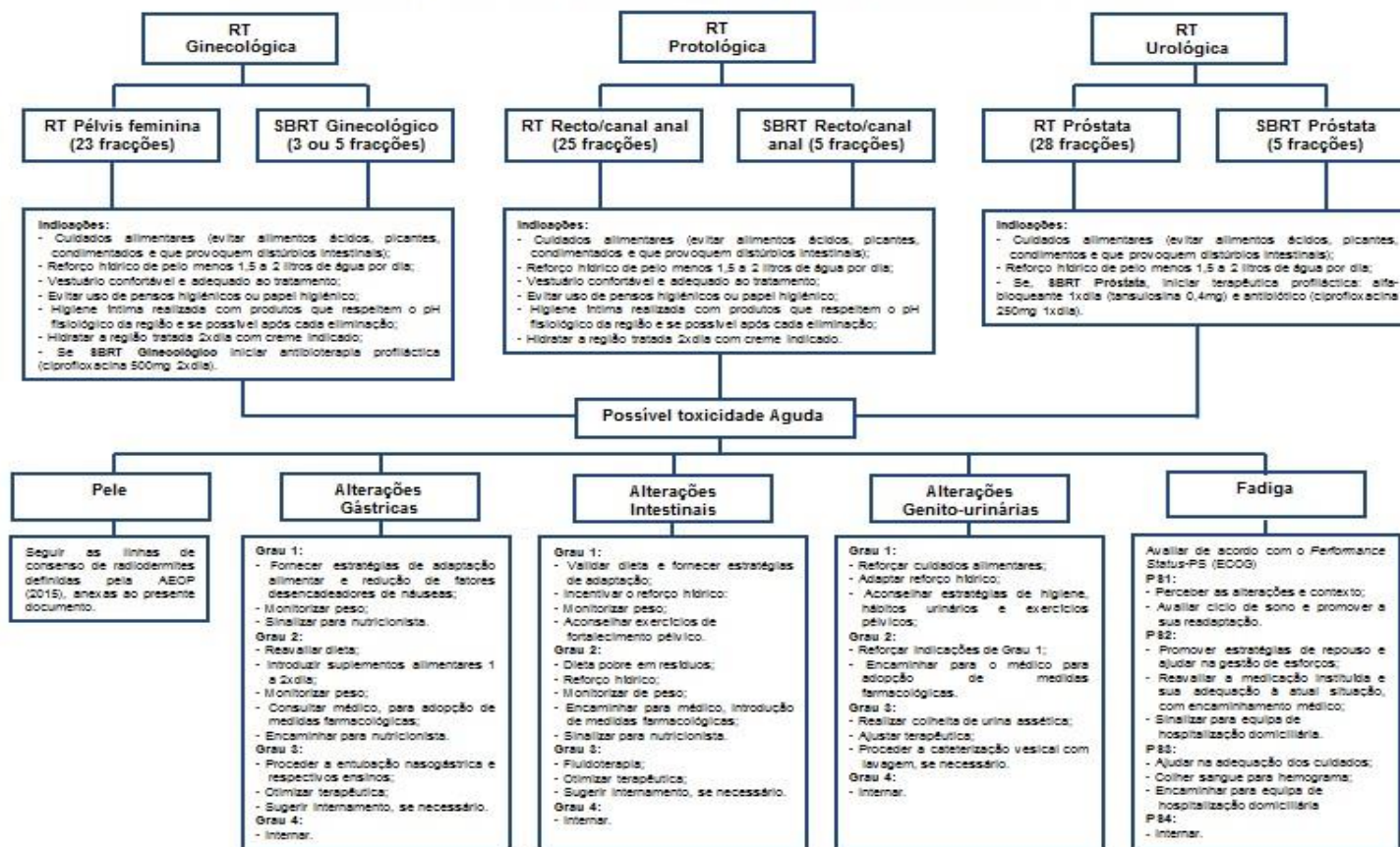
<b>RTOG/EORTC LATE Radiation Morbidity</b>				
<b>Localização</b>	<b>Grau 1</b>	<b>Grau 2</b>	<b>Grau 3</b>	<b>Grau 4</b>
Pele	Atrofia ligeira; Alteração da pigmentação; Alopécia parcial.	Atrofia moderada; Telangiectasias moderadas; Alopécia total.	Atrofia marcada; Telangiectasia marcadas.	Ulceeração.
Tecido subcutâneo	Fibrose ligeira e perda de gordura subcutânea.	Fibrose moderada, mas assintomática; Ligeira contractura de campo <10%.	Fibrose intensa e perda de tecido subcutâneo; Contratura de local > 10%.	Necrose.
Membrana mucosa	Ligeira atrofia e ressecamento.	Atrofia moderada; telangiectasia; Pouca lubrificação.	Atrofia marcada com total ressecamento.	Ulceeração.
Intestino delgado e intestino grosso	Diarreia e cólicas ligeiras; 5 dejeções por dia; Ligeira secreção rectal ou hemorragia.	Diarreia moderada e cólicas; dejeções > a 5 vezes por dia; muco rectal excessivo ou perdas hemáticas intermitentes.	Obstrução ou hemorragia, necessitando de cirurgia.	Necrose; fístula.
Bexiga	Pequena atrofia epitelial; Telangiectasia minor (hematúria microscópica).	Frequência urinária moderada; Telangiectasia generalizada; Hematúria macroscópica intermitente.	Polaquiúria grave e disúria; Telangiectasia grave (frequentemente com petéquias); Hematúria frequente; Redução da capacidade de retenção da bexiga (<150 cc).	Necrose; bexiga contraída (capacidade <100 cc); Cistite hemorrágica grave.
Em todas as localizações: 0 - sem sintomas, 5 – morte, diretamente relacionada com os efeitos da radiação				

Adaptado de Cox, J., Stetz, J. & Pajak, T. (1995). Toxicity criteria of the Radiation therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

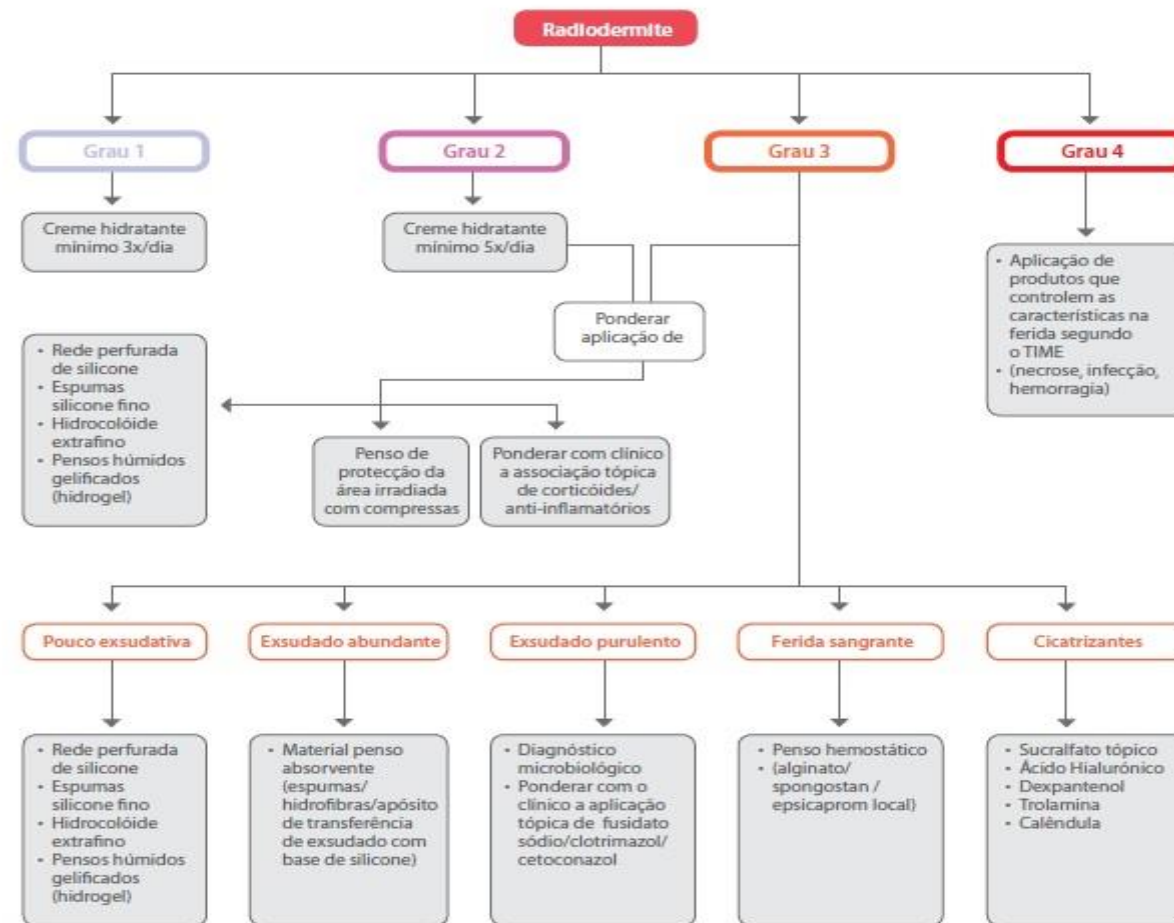
## **Apêndice 2**

Algoritmo de intervenção de enfermagem

## ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM UROPROTOGINECOLÓGICA



## FLUXOGRAMA DE DECISÃO



Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP, 2015). *Linhas de Consenso Radiodermite*. Acedido a 8-01-2016. Disponível em:

[http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso\\_Radiodermite\\_def.pdf](http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso_Radiodermite_def.pdf)

### **Apêndice 3**

Guião da consulta de enfermagem uroprotoginecológica

## Consulta de Enfermagem UroProtoGinecológica

- Unidade de Radioterapia

### • Consulta de Acolhimento

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Enf. \_\_\_\_\_

#### 1- Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_ Friendly name: \_\_\_\_\_ CCC: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ Reside \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Dependentes a cargo \_\_\_ Não \_\_\_ Sim, Quantos \_\_\_\_\_ Quem \_\_\_\_\_

N.º Filhos \_\_\_\_\_ Reside com: \_\_\_\_\_ Pessoa de referência \_\_\_\_\_

Atividade laboral \_\_\_\_\_ Atividades de lazer: \_\_\_\_\_

Religião/Crenças e práticas \_\_\_\_\_

Acontecimentos ou crises de vida significativas e recentes \_\_\_\_\_

Contacto telefónico e/ou email: \_\_\_\_\_

Médico responsável: \_\_\_\_\_

#### 2- História Clínica

Antecedentes Pessoais	_____ _____ Hábitos Tabágicos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ex-fumador (Tempo _____) <input type="checkbox"/> Sim _____ cig./dia Hábitos Alcoólicos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ litros/dia Outros Hábitos Aditivos <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Quais _____
Antecedentes familiares	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ _____
Oncológicos	_____ _____
Alergias	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____
Medicação Habitual	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim _____ _____ _____
Diagnóstico e história de doença atual	_____ _____ _____
Proposta de Tratamento	Radioterapia: <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Neoadjuvante <input type="checkbox"/> Paliativo Fracionada _____ n.º sessões _____ Gy Hipofracionada _____ n.º sessões _____ Gy Sessão única _____ Gy

### 3- Avaliação do estado geral

<i>Performance Status (ECOG)</i>		0-Totalmente ativo sem restrições. 1-Restrito na execução de atividades físicas extenuantes, mas capaz de realizar atividades leves, de esforço reduzido. 2-Capacidade para o autocuidado, mas não para trabalhar. 3-Capacidade de autocuidado limitada, necessita de apoio. 4-Muito debilitado, confinado à cama ou cadeira. 5-Morto			
Avaliação Atual	Atividades de Vida Modelo Roper, Logan e Tierney	Alteradas	Potencialmente Alteradas	Independente/ Dependente	Fatores de influência
	Manter um ambiente seguro				
	Comunicar				
	Respirar				
	Comer e beber				
	Eliminar				
	Higiene pessoal e vestir-se				
	Controlar a temperatura do corpo				
	Mobilizar-se				
	Trabalhar e distrair-se				
	Exprimir sexualidade				
	Dormir				
	Morrer				
Dados Antropométricos		Peso _____ Altura _____ IMC _____			

### 4- Intervenções de enfermagem

Informação fornecida na consulta	Elucidação acerca do tratamento, objetivo e procedimentos			
	Toxicidade aguda associada			
	Cuidados alimentares			
	Reforço hídrico			
	Cuidados cutâneos			
	Vestuário e acessórios			
	Vivência da sexualidade			
	Atividade/repouso			
	Documento de reforço da informação			
	Contacto telefónico de referência			
Outros:				
Demonstra compreensão da informação			sim	Não
Aparente retenção da informação			sim	Não
Motivado/a para o processo de aprendizagem			sim	Não

<b>Observações</b>	_____ _____ PL _____ 1ª sessão RT	Duração da Consulta _____
--------------------	--------------------------------------	---------------------------



• **Consulta de Alta de Enfermagem**

Enf. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

N.º sessão:		Duração da Consulta:	
Vivência do tratamento	<input type="checkbox"/> Adaptado <input type="checkbox"/> Difícil adaptação <input type="checkbox"/> Recusa		
Cumprimento dos ensinios realizados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dificuldades _____		
Toxicidade aguda (segundo a escala EORTC/RTOG) e atividades de vida alteradas	<input type="checkbox"/> Fadiga, Grau ____ <input type="checkbox"/> Tolerância Gástrica, Grau ____ <input type="checkbox"/> Alterações urinárias, Grau ____ <input type="checkbox"/> Alterações intestinais, Grau ____ <input type="checkbox"/> Radiodermite, Grau ____ <input type="checkbox"/> Alterações da expressão da sexualidade, Quais: _____ <input type="checkbox"/> Outros _____ _____ _____ _____ _____ _____		
Ensinios dos cuidados a ter após tratamento	Possível toxicidade aguda e tardia		
	Cuidados alimentares		
	Reforço hídrico		
	Cuidados cutâneos		
	Vestuário e acessórios		
	Vivência da sexualidade		
	Se mulher, prevenção da estenose vaginal		
	Atividade/repouso		
	Documento de reforço da informação		
	Outros:		
Observações			

• **Follow-up de Enfermagem 2 semanas pós RT** Enf. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vivência no cotidiano	<input type="checkbox"/> Adaptado <input type="checkbox"/> Difícil adaptação
Cumprimento dos ensinios realizados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dificuldades _____
Toxicidade aguda (segundo a escala EORTC/RTOG) e atividades de vida alteradas	<input type="checkbox"/> Fadiga, Grau____ <input type="checkbox"/> Tolerância Gástrica, Grau____ <input type="checkbox"/> Alterações urinárias, Grau____ <input type="checkbox"/> Alterações intestinais, Grau____ <input type="checkbox"/> Radiodermite, Grau____ <input type="checkbox"/> Alterações da expressão da sexualidade, Quais: _____ <input type="checkbox"/> Outros _____
Observações	Duração follow-up_____

• **Follow-up de Enfermagem 1 mês pós RT** Enf. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vivência no cotidiano	<input type="checkbox"/> Adaptado <input type="checkbox"/> Difícil adaptação
Cumprimento dos ensinios realizados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dificuldades _____
Toxicidade aguda (segundo a escala EORTC/RTOG) e atividades de vida alteradas	<input type="checkbox"/> Fadiga, Grau____ <input type="checkbox"/> Tolerância Gástrica, Grau____ <input type="checkbox"/> Alterações urinárias, Grau____ <input type="checkbox"/> Alterações intestinais, Grau____ <input type="checkbox"/> Radiodermite, Grau____ <input type="checkbox"/> Alterações da expressão da sexualidade, Quais: _____ <input type="checkbox"/> Outros _____
Observações	Duração follow-up_____

• **Follow-up de Enfermagem 3 meses pós RT**

Enf. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vivência no cotidiano	<input type="checkbox"/> Adaptado <input type="checkbox"/> Difícil adaptação
Cumprimento dos ensinios realizados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Dificuldades <hr/>
Toxicidade aguda (segundo a escala EORTC/RTOG) e atividades de vida alteradas	<input type="checkbox"/> Fadiga, Grau ____ <input type="checkbox"/> Tolerância Gástrica, Grau ____ <input type="checkbox"/> Alterações urinárias, Grau ____ <input type="checkbox"/> Alterações intestinais, Grau ____ <input type="checkbox"/> Radiodermite, Grau ____ <input type="checkbox"/> Alterações da expressão da sexualidade, Quais: _____ <input type="checkbox"/> Outros _____
Observações	<div style="text-align: right;">Duração follow-up _____</div>

## **Apêndice 4**

Folheto informativo

**Cuidados a ter após tratamento:**

Os efeitos secundários poderão prevalecer durante um período de **4 a 8 semanas após o final do tratamento**. Durante este período, deverá manter os seguintes cuidados:

- Procurar manter e/ou retomar a sua rotina, não esquecendo que se sentir fadiga deverá introduzir momentos de descanso;
- Hidratar a pele e manter os cuidados de acordo com o indicado pelo médico e/ou enfermeiro;
- Manter as indicações de dieta e ingestão de água;
- Estar atento ao seu peso. Se apresentar perda acentuada de peso, contacte a enfermeira ou o radioncologista;
- Vigiar as características da urina e fezes;
- Continuar a utilizar roupa interior de algodão e confortável, evitando fricção ou aperto na região que foi tratada;

**Cuidados específicos a ter pós tratamento:**

---

---

---

---

---

**Em caso de descontrolo sintomático e/ou dúvidas deverá contactar o enfermeiro ou médico radioncologista.**

Enfermeiro de Referência: \_\_\_\_\_

Contacto de Referência: \_\_\_\_\_

**CONSULTA DE ENFERMAGEM  
UROPROTOGINECOLÓGICA**

Unidade de Radioterapia

### O que é a Radioterapia?

É um tipo de tratamento local em que são utilizadas radiações ionizantes com o objetivo de eliminar as células cancerígenas. Assim trata-se a doença local e previnem-se recidivas. O que significa que irá apenas provocar alterações na região irradiada.

Existem dois tipos de radioterapia: a externa e interna (Braquiterapia).

Atualmente, só é utilizada a radiação externa em que a pessoa recebe a radiação de uma fonte externa, ou seja, a radiação que atinge

o tumor é emitida por um aparelho fora do corpo, o acelerador linear.

Neste caso, a radioterapia irá incidir na região pélvica.



### Consulta de enfermagem UROPROTOGINECOLÓGICA

Esta consulta surge no âmbito da radioterapia a nível pélvico, tendo como objectivo prepará-lo para o tratamento, esclarecendo dúvidas, explicando os possíveis efeitos secundários e as medidas a adoptar para os minimizar.

Principais efeitos secundários:

- Fadiga;
- Alterações urinárias (aumento da frequência, ardor, incontinência);
- Cólicas, diarreia ou obstipação;
- Falsas vontades intestinais;
- Rubor (vermelhidão) e aumento da sensibilidade da pele na zona tratada;
- Disfunção sexual.

### Cuidados a ter durante o tratamento:

- Procurar manter a sua rotina de acordo com o habitual, introduzindo momentos de descanso, se necessário;
- Manter a pele da zona de tratamento limpa e seca, não colocando qualquer creme nas 4 horas anteriores à sessão de tratamento;
- Fazer a sua higiene e hidratação diária de acordo com os conselhos do médico ou enfermeiro: \_\_\_\_\_;
- Utilizar roupa interior de algodão e que não produza fricção ou aperto na zona de tratamento;
- Beber cerca de 1,5l a 2l de água ou chá por dia (excluindo chá verde ou chá preto);
- Evitar alimentos ácidos, picantes e condimentados, bem como alimentos que provoquem distúrbios intestinais (feijão, grão, etc);
- Caso apresente alterações ao longo do tratamento deverá solicitar observação pelo enfermeiro, para respectivo encaminhamento.

### Cuidados específicos associados ao seu tratamento:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Apêndice 5**

Folheto informativo da prevenção da estenose vaginal

## CONSULTA DE ENFERMAGEM UROPROTOGINECOLÓGICA

### Prevenção da estenose vaginal

A estenose (aperto) vaginal é uma das principais complicações associadas à radioterapia, pelo que deverá ser prevenida. É importante iniciar as dilatações vaginais entre a 2ª e a 4ª semana após a radioterapia.

Esta prevenção é importante, uma vez que permite:

- Promover a vigilância ginecológica;
- Manter ou reiniciar a actividades sexual;
- Gerir possíveis complicações físicas, emocionais e psicológicas.

Para prevenir a estenose vaginal poderá recorrer a 3 técnicas:

1. Manter ou reiniciar a atividade sexual:
  - Prática sexual regular 2 a 3 vezes por semana (se não tiver esta frequência deverá associar outra técnica para manter a regularidade);
  - Utilizar lubrificantes à base de água;
  - Recorrer a posições em que a mulher controla a penetração.
2. Recorrer a dilatador vaginal
  - Poderá ser adquirido na farmácia ou sexshop;
  - Deverá ser utilizado numa posição de conforto;
  - Introduzir o dilatador e exteriorizar, introduzir, rodar para a esquerda e para a direita e reiniciar;
  - Realizar a dilatação durante 10 a 15 minutos 2 a 3 vezes por semana.
3. Utilizar a dilatação manual
  - Introduzir 2 dedos (médio e indicador) na vagina, afastar um pouco os dedos e rodar para a esquerda e para a direita;
  - Realizar a dilatação durante 10 a 15 minutos 2 a 3 vezes por semana.

É normal nas primeiras vezes que realizar alguma das técnicas referidas apresentar dor ou desconforto ou mesmo perdas de sangue em pequena quantidade. Se assim for, não deverá ficar preocupada.

Caso perceba que apresenta dificuldade na adaptação à técnica pela qual optou (ou dificuldade na associação de técnicas), deverá entrar em contacto com o enfermeiro de referência.



**Apêndice 15.**

Questionário de avaliação da sessão de sensibilização no serviço C e sua  
análise

## Consulta de Enfermagem Uroprotoginecológica

- Sessão de Apresentação -

Com vista a melhorar o acompanhamento e/ou perceber de que modo a implementação da consulta será uma mais-valia para a unidade de Radioterapia (RT), peço a colaboração no preenchimento deste documento.

No preenchimento utilize a seguinte escala:

1 Nunca	2 Raramente	3 Frequentemente	4 Sempre
------------	----------------	---------------------	-------------

As questões que não se aplicarem à sua intervenção é favor não preencher.

	1	2	3	4
1. Na sua prática clínica tem em conta as necessidades referidas relativamente à pessoa submetida a RT?				
2. Encontrava-se desperto para as implicações da RT pélvica?				
3. No que se refere às implicações da RT pélvica na qualidade de vida da pessoa:				
3.1. Tem em consideração o estado atual intervindo de forma preventiva?				
3.2. Valida as alterações urinárias?				
3.3. Valida as alterações intestinais?				
3.4. Valida a vivência da sexualidade?				
3.5. Intervém na prevenção da estenose vaginal?				
3.6. Regista as medidas e/ou encaminhamento realizado?				

4. A apresentação contribuiu para a sua sensibilização quanto às implicações da RT pélvica e necessidades de intervenção inerentes?

Pouco relevante	Relevante	Muito Relevante

5. Como classifica a pertinência da implementação da consulta uroprotoginecológica na unidade de RT?

Pouco relevante	Relevante	Muito Relevante

6. Considera a estrutura do acompanhamento de enfermagem adequado à realidade do serviço?

Pouco adequado	Adequado	Muito Adequado

7. Sugestões de melhoria?

---

---

---

Comentários à implementação da consulta uroprotoginecológica:

---

---

---

Muito Obrigada pela colaboração ☺

Enfermeira Elda Freitas

## ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DA SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO

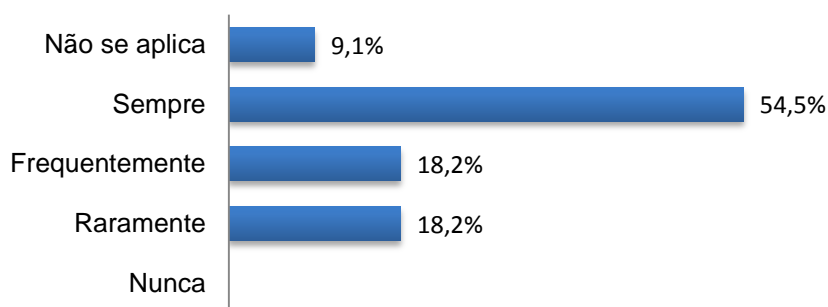
Aquando da apresentação do projeto ao serviço e sensibilização da equipa para as implicações da radioterapia (RT) pélvica foi elaborado um questionário para compreender a perceção da equipa face às medidas adotadas na rotina de acompanhamento a esta população, tal como a pertinência da consulta uroprotoginecológica.

Na sessão de apresentação que decorreu durante uma das sessões clínicas do serviço estiveram presentes 11 elementos da equipa multidisciplinar: 1 enfermeira, 8 médicos, 1 radioterapeuta e 1 físico.

Numa primeira parte do questionário foram realizadas questões quanto à abordagem da pessoa submetida a RT pélvica baseada nas implicações do tratamento de acordo com a literatura. Sendo que foi realizada uma escala Likert (1-nunca; 2-raramente; 3- frequentemente; 4-sempre). Quando as questões não se aplicam à intervenção do colaborador este ficou com a indicação para não preencher o espaço.

Neste sentido, quando questionados se na prática clínica têm em conta as necessidades referidas na sessão a maioria respondeu sempre.

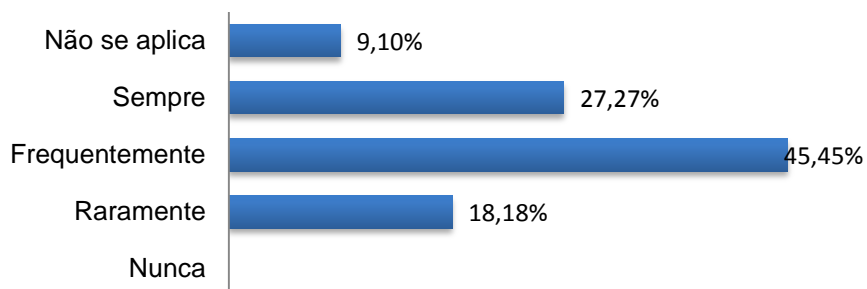
**Gráfico 1.** Participantes que referem ter em conta na sua intervenção as necessidades da pessoa submetida a RT pélvica



A equipa na sua maioria afirma estar desperta para as implicações da RT pélvica, sendo que 27,3% dos participantes classificam como frequentemente despertos para as implicações da RT pélvica e 63,6% afirmam ter sempre isso em consideração, em 9,1% dos participantes esta questão não faz parte da sua área de intervenção.

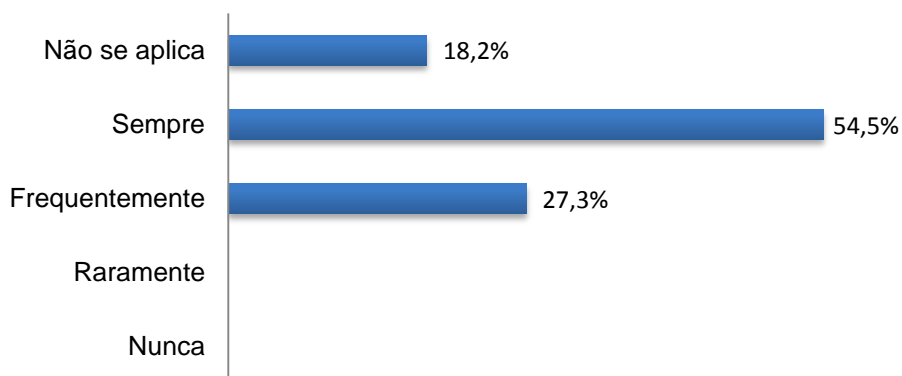
No que se refere às implicações da RT pélvica na qualidade de vida da pessoa a equipa afirma ter em consideração o estado atual da pessoa e intervindo de forma preventiva como é evidenciado no gráfico 2.

**Gráfico 2.** Participantes que têm em consideração o estado atual da pessoa submetida a RT pélvica, intervindo de forma preventiva



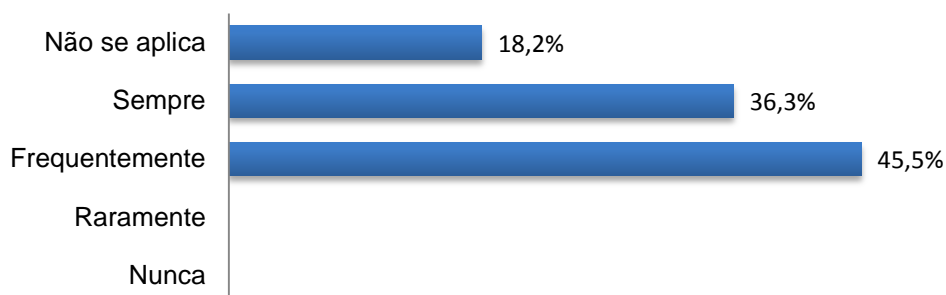
Quando especificada a sintomatologia, no que diz respeito às alterações urinárias e intestinais, estas são maioritariamente tidas em conta (gráfico 3).

**Gráfico 3.** Participantes que validam as alterações urinárias e intestinais



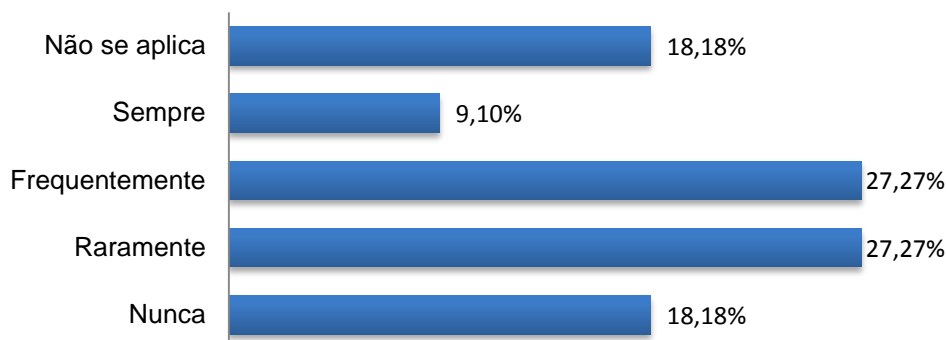
A vivência da sexualidade também é objeto de validação pelos participantes.

**Gráfico 4.** Participantes que validam a vivência da sexualidade



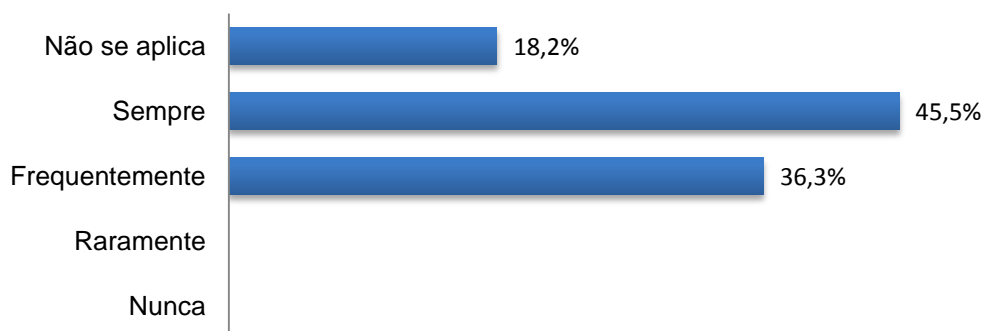
No que se refere à prevenção da estenose vaginal, os resultados obtidos foram mais discrepantes, o que poderá estar associado à população específica onde esta medida se aplica.

**Gráfico 5.** Participantes que afirmam intervir na prevenção da estenose vaginal



O registo das medidas e/ou encaminhamento realizado é de suma importância para a continuidade dos cuidados prestados, sendo que neste âmbito os participantes também afirma ter uma prática adequada.

**Gráfico 6.** Participantes que afirmam registar as medidas e/ou encaminhamento realizado



Através da análise das questões colocadas e fazendo um paralelismo com os dados obtidos no diagnóstico de situação do serviço C é perceptível a discrepância entre o percebido e verbalizado pelos participantes e o que se verificou na auditoria aos registos clínicos realizados (médicos e de enfermagem). Tal facto vem sublinhar a importância da sensibilização da equipa para a prática de cuidados e consequentes registos adequados, de modo a permitir um acompanhamento mais direcionado e individualizado à pessoa e família de acordo com a sua singularidade.

Numa segunda parte foi colocado em questão a pertinência da implementação da consulta uroprotoginecológica e seus contributos na unidade. Nesta fase a escala de avaliação utilizada foi: pouco relevante, relevante e muito relevante.

Relativamente à sessão de sensibilização para as implicações da RT pélvica e necessidades inerentes foi unanime a caracterização como muito relevante por 90,9% dos participantes e 9,1% considerou relevante.

Neste contexto, a pertinência da consulta de enfermagem uroprotoginecológica na unidade foi classificada por todos como muito relevante (100%). No que diz respeito à estrutura do acompanhamento de enfermagem foi tida como muito adequada por 90,9% dos participantes e 9,1% considera adequada.

Neste questionário foi ainda dada abertura para a realização de sugestões de melhoria, tendo sido destacada a necessidade de envolvimento da psicologia (27,3%) e desenvolvimento de um programa de prevenção de estenose rectal/anal em conjunto com a fisioterapeuta (especialista em reabilitação de pavimento pélvico) por 9,1%, 63,6% não fez qualquer sugestão.

Nos comentários destacaram-se frases como:

- “Tema de grande relevância no impacto da qualidade de vida das pessoas e eficácia do acompanhamento”;
- “Excelente iniciativa”;
- “Excelente encaminhamento na prevenção da estenose vaginal tendo em conta a dificuldade de algumas doentes conseguirem adquirir os dildos em *sex shops* por constrangimentos”.

Esta exposição e abertura à equipa constituiu uma oportunidade para que todos os elementos se pudessem manifestar quanto ao projeto em implementação e familiarizar-se com o projeto implementado, tornando mais coesa a abordagem à pessoa submetida a RT pélvica.

## **Apêndice 16**

Análise dos dados recolhidos através da base de dados

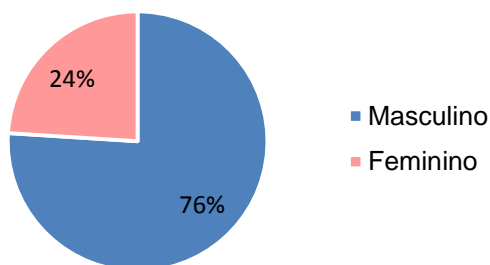
## ANÁLISE DOS DADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM UROPROTOGINECOLÓGICA

---

A base de dados permite a sistematização dos dados recolhidos na consulta, estabelecendo relação entre os mesmos. Esta análise é baseada nas consultas realizadas após planeamento e implementação no serviço C. Contudo, pretendo manter e desenvolver a base de dados de modo a contribuir para posteriores trabalhos neste âmbito de intervenção.

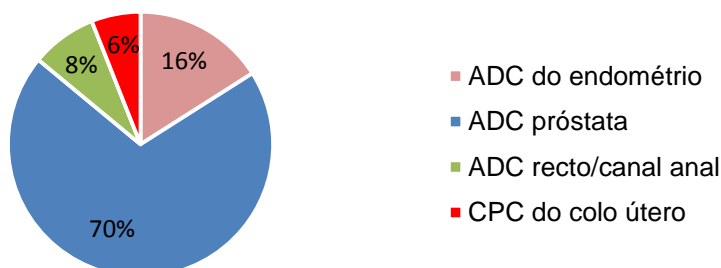
Na consulta de enfermagem uroprotoginecológica a maioria da população é masculina (cf. gráfico 1).

**Gráfico 1.** Género da população da consulta de enfermagem uroprotoginecológica



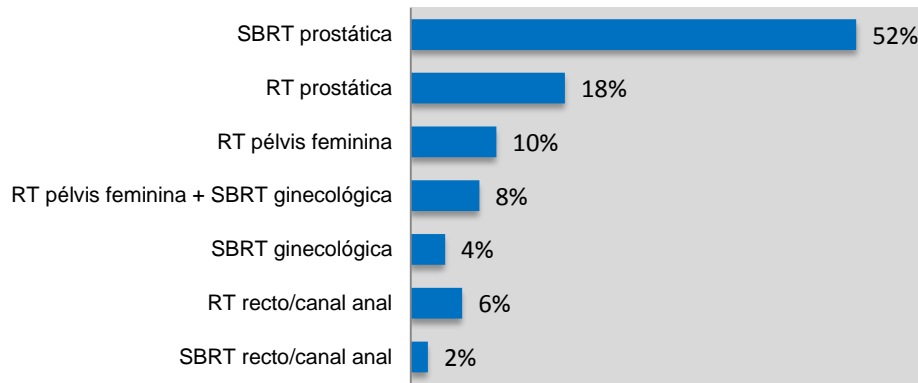
Tal facto, está diretamente relacionado com o tipo de tratamento mais prevalente durante este período - SBRT prostática (cf. gráfico 3). O que também faz sentido quando contextualizado na instituição, visto o atendimento na unidade da próstata e vias urinárias apresentar o maior número de atendimentos, no âmbito da RT pélvica. Coadunando com as patologias mais vigentes na consulta de enfermagem uroprotoginecológica e tratamentos realizados, como é evidente nos gráficos 2 e 3, respetivamente.

**Gráfico 2.** Patologias na consulta de enfermagem uroprotoginecológica



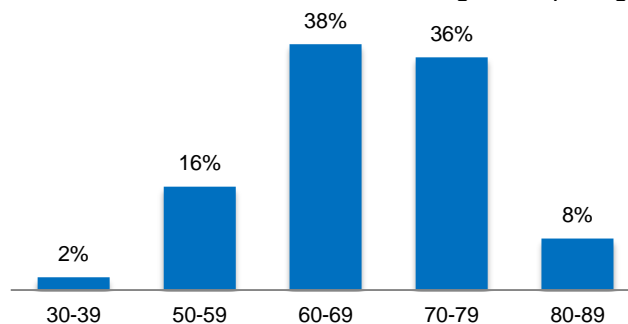
ADC – Adenocarcinoma; CPC – Carcinoma Pavimento Celular.

**Gráfico 3.** Tratamentos associados à consulta de enfermagem uroprotoginecológica



Quanto à faixa etária da população submetida à consulta de enfermagem uroprotoginecológica, a mais prevalente foi entre o 60 e os 79 anos (cf. gráfico 4) e majoritariamente aposentados (64%), seguidos de pessoas que mantêm a atividade laboral ativa (32%), 4% encontra-se com a atividade laboral suspensa para realização dos tratamentos.

**Gráfico 4.** Faixa etária na consulta de enfermagem uroprotoginecológica



A consulta de enfermagem uroprotoginecológica foi programada para ser desenvolvida em diferentes momentos e com diferentes objetivos na sua abordagem. Assim sendo, é fulcral perceber o tempo médio necessário para dar resposta a cada momento, de modo a possibilitar um agendamento mais adequado dos mesmos. Através da análise das consultas realizadas foi possível obter os tempos médios presentes na tabela 1.

**Tabela 1.** Tempo médio de demora nos diferentes momentos da consulta de enfermagem uroprotoginecológica.

Momento da consulta	Tempo médio de consulta	
	Homens	Mulheres
Acolhimento	52 minutos	50 minutos
Acompanhamento	41 minutos	32 minutos
Alta	47 minutos	37 minutos
<i>Follow-up</i>	18 minutos	23 minutos

A partir da análise dos dados presentes na tabela 1, verifica-se que na maioria do acompanhamento realizado ao longo do percurso da RT pélvica as mulheres necessitam de menos tempo no acompanhamento, quando comparado com o tempo nas consultas com o género masculino. No entanto esta diferença não se mostra significativa. Pelo que permite concluir que as consultas de acolhimento devem ser agendadas com cerca de 50 minutos, as consultas de acompanhamento e alta com 40 minutos. Os *follow-up's* demoram em média 20 minutos, pelo que deverá ser determinado um número de *follow-up's* diário para que seja viável realizar este acompanhamento pós tratamento de acordo com as dinâmicas da unidade.

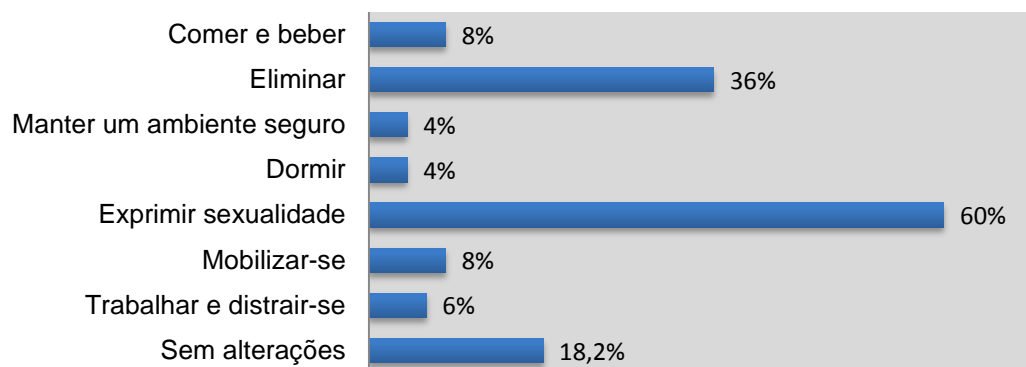
As consultas de acolhimento foram todas realizadas associadas ao planeamento para RT ou na 1ª sessão de tratamento, indo ao encontro do que havia sido preconizado aquando da programação da consulta uroprotoginecológica.

No acolhimento foi realizada uma avaliação prévia da pessoa, de acordo com o modelo de Roper, Logan e Tierney (2001)<sup>1</sup>, em que foram avaliadas as atividades de vida alteradas, sendo que as mais referidas foram a expressão da sexualidade, seguida da eliminação.

---

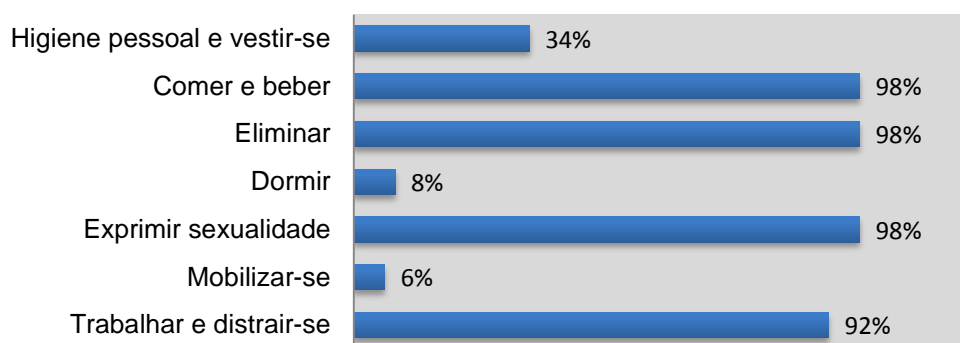
<sup>1</sup> Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi editores.

**Gráfico 5.** Atividades de vida alteradas previamente ao início do tratamento detetadas nas consultas de acolhimento



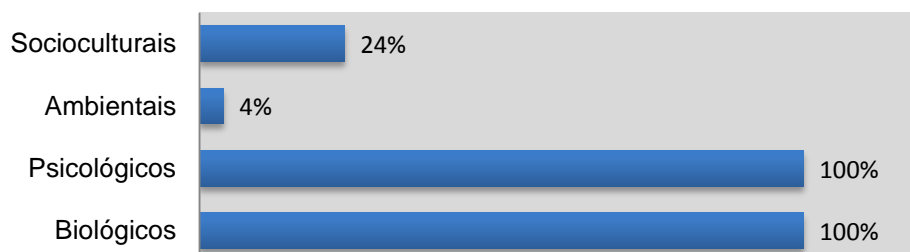
Para além disso, são avaliadas as atividades de vida potencialmente alteradas em função do tratamento e possível toxicidade associada.

**Gráfico 6.** Atividades de vida potencialmente alteradas com o tratamento detetadas nas consultas de acolhimento



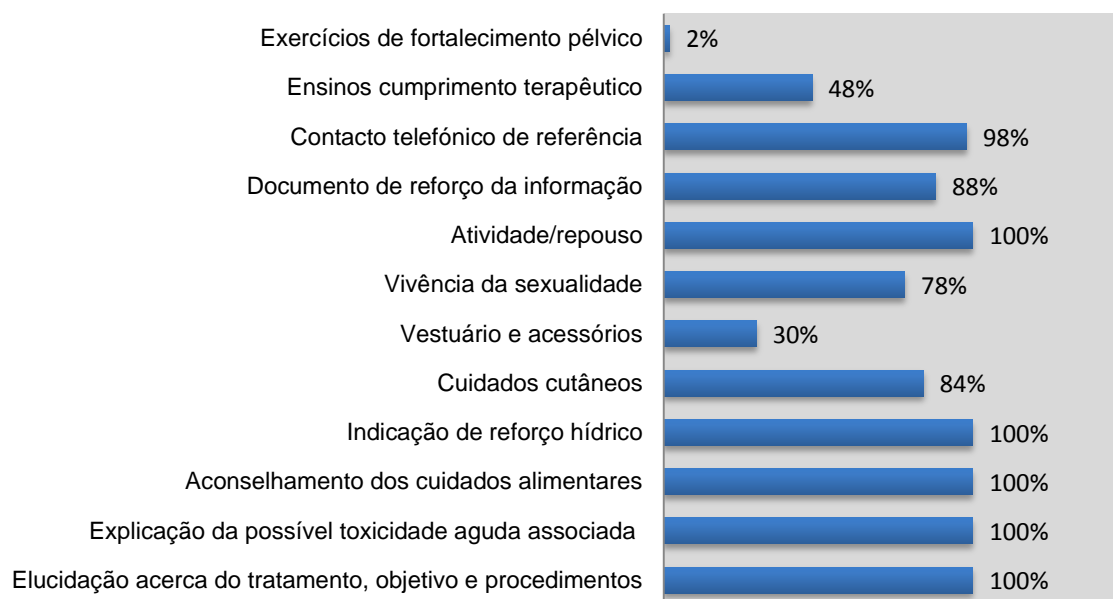
As atividades de vida, segundo o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), que caracterizam a pessoa, podem ser influenciadas por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos, sendo que no acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica os fatores psicológicos e biológicos foram os que mais influência exerceram sobre esta fase do percurso da pessoa submetida a RT pélvica.

**Gráfico 7.** Fatores de influência nas atividades de vida



De acordo com as necessidades da pessoa e implicações do tratamento, na consulta de acolhimento foram fornecidas diferentes informações e intervenções patentes no gráfico 8 no âmbito do acolhimento. Destas sobressaem a elucidação acerca do tratamento, objetivos e procedimentos inerentes, explicação da possível toxicidade aguda, aconselhamento dos cuidados alimentares, indicação de reforço hídrico, e a possibilidade de manter a atividade ou necessidade de repouso durante o período de tratamento.

**Gráfico 8.** Intervenções de enfermagem realizadas no acolhimento da consulta uroprotoginecológica



A totalidade das pessoas envolvidas na consulta uroprotoginecológica demonstrou compreensão pela informação transmitida, bem como motivação para o processo de aprendizagem.

Durante os acompanhamentos realizados cerca de 92% encontrava-se adaptado à vivência do tratamento e apenas 8% com dificuldades, nomeadamente de ajustar a alimentação, controlar a ansiedade ou na preparação para a sessão de tratamento de acordo com as indicações (ex. bexiga cheia). O que se reflete no cumprimento dos ensinamentos realizados em que 92% afirma cumprir os ensinamentos realizados e 8% apresenta dificuldade na gestão da terapêutica e alimentação. Sendo portanto fundamental o reforço de informação e ajuste à realidade de cada pessoa.

A toxicidade pode variar de acordo com as características da pessoa, características do tratamento e características da doença (AEOP, 2015<sup>2</sup>; Maher, 2005<sup>3</sup>). Deste modo a intervenção de enfermagem tem relevância ao longo de todo o percurso da pessoa submetida a RT, neste caso, a RT pélvica.

Para uma melhor visualização da toxicidade existente na consulta uroprotoginecológica e perceber a sua variabilidade ao longo do percurso de tratamento, pré (já evidenciadas as alterações existentes previamente ao tratamento), intra (acompanhamento e alta) e pós tratamento (*follow-up*) foi elaborada a tabela 2.

**Tabela 2.** Toxicidade existente na pessoa submetida a RT pélvica no âmbito da consulta uroprotoginecológica

Toxicidade			
Toxicidade	Acompanhamento (110 consultas)	Alta (27 consultas)	<i>Follow-up</i> pós tratamento (16 consultas)
Fadiga	Sem alterações - 72% PS1 – 28%	Sem alterações – 81% PS1 – 19%	Sem alterações – 75% PS1 – 25%
Tolerância gástrica	Sem alterações – 94% Grau 1 – 6%	Sem alterações – 96% Grau 1 – 4%	Sem alterações – 100%
Alterações urinárias	Sem alterações – 69% Grau 1 – 31%	Sem alterações – 67% Grau 1 – 33%	Sem alterações – 37,5% Grau 1 – 37,5% Grau 2 – 25%
Alterações intestinais	Sem alterações – 86% Grau 1 – 8% Grau 2 – 6%	Sem alterações – 85% Grau 1 – 15%	Sem alterações – 81% Grau 1 – 19%
Radiodermite	Sem alterações – 97% Grau 1 – 3%	Sem alterações – 96% Grau 1 – 4%	Sem alterações – 100%
Expressão da sexualidade	Sem alterações – 19% Alterada – 81%	Sem alterações – 15% Alterada – 85%	Sem alterações – 63% Alterada – 37%

Através da análise da tabela 2 é evidente que o maior foco de atenção ao nível da toxicidade deverá ser sobre as alterações urinárias, intestinais e a expressão da sexualidade, o que é coerente com a evidência analisada.

<sup>2</sup> Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP, 2015). *Linhas de Consenso Radiodermite*. Acedido a 8-01-2016. Disponível em: [http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso\\_Radiodermite\\_def.pdf](http://www.aeop.net/sgc/Plugins/Uploads/files/Consenso_Radiodermite_def.pdf)

<sup>3</sup> Maher, K. (2005). Radiation Therapy: toxicities and management. In: C. Yarbrow, M. Frogge & M. Goodman. *Cancer nursing: principles and practice* (6ª ed.), (pp. 283 – 313). Sudbury: Jones and Bartlett.

No entanto, no que diz respeito ao desenvolvimento de radiodermites a experiência vivida contraria o afirmado na literatura, onde é estimado que cerca de 95% da população submetida a RT desenvolva algum grau de radiodermite (Oncology Nursing Society, 2017<sup>4</sup>).

No acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica no serviço C foi possível verificar que a proporção é inversa, na medida em que ao longo de todo o acompanhamento realizado mais de 95% da população não apresentou alterações cutâneas, sendo que nos *follow-up's* realizados ninguém apresentava qualquer alteração a este nível. Estes resultados podem estar relacionados com as características do tratamento realizado, com o bom *performance status* das pessoas submetidas a RT pélvica e ao acompanhamento realizado (AEOP, 2015; Maher, 2005<sup>5</sup>). As radiodermites podem provocar atrasos no tratamento ou até mesmo a cessação do mesmo, tal como pode causar dor e limitações nas atividades de vida (Oncology Nursing Society, 2017). A baixa incidência de radiodermites no acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica espelha qualidade nos cuidados prestados ao longo de todo o percurso.

É também de salientar que as alterações urinárias apresentam agravamento após o término da RT, logo reforça a importância de o acompanhamento de enfermagem se prolongar para além do término de tratamento.

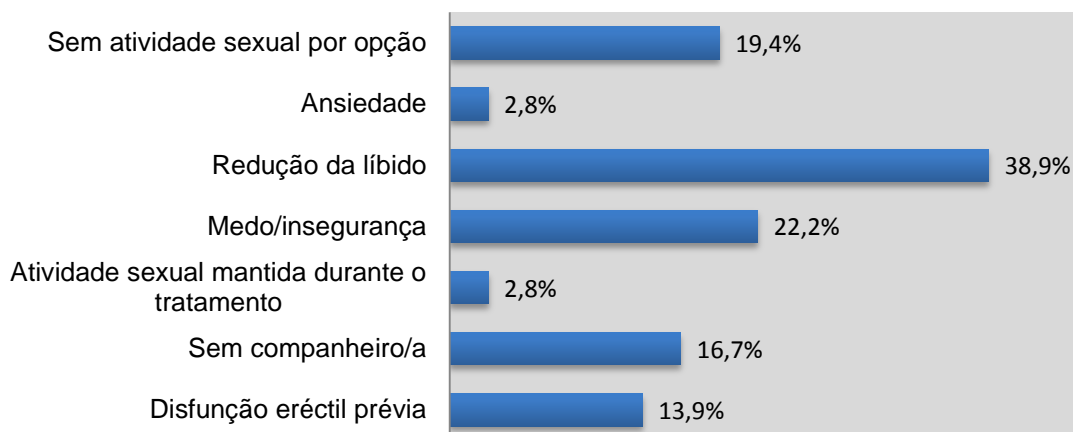
No âmbito da expressão da sexualidade esta também apresenta elevados índices de alteração, principalmente durante o tratamento. Neste contexto, foram identificados diferentes fatores de influência, estando evidenciados no gráfico seguinte.

---

<sup>4</sup> Oncology Nursing Society (2017). Radiodermatitis. Acedido a 03-03-2017. Disponível em <https://www.ons.org/practice-resources/pep/radiodermatitis>

<sup>5</sup> Maher, K. (2005). Radiation Therapy: toxicities and management. In. C. Yarbrow, M. Frogge & M. Goodman. *Cancer nursing: principles and practice* (6ª ed.), (pp. 283 – 313). Sudbury: Jones and Bartlett.

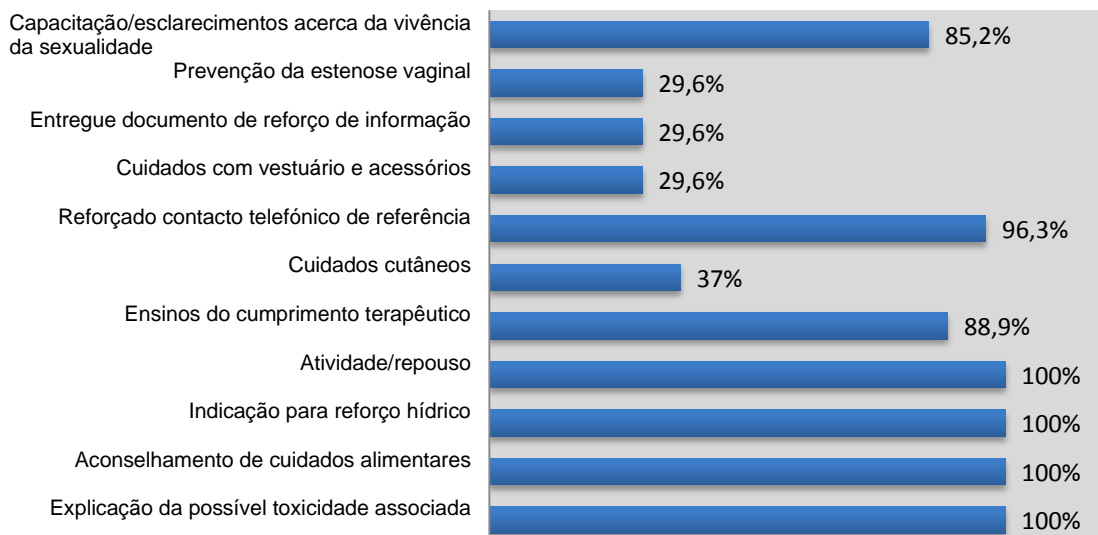
**Gráfico 9.** Fatores de influência na expressão da sexualidade



As principais intervenções levadas a cabo para promover a expressão da sexualidade foram: clarificação de conceitos, apoio e suporte (94%), exercícios de fortalecimento pélvico (3%) e posições de conforto (3%).

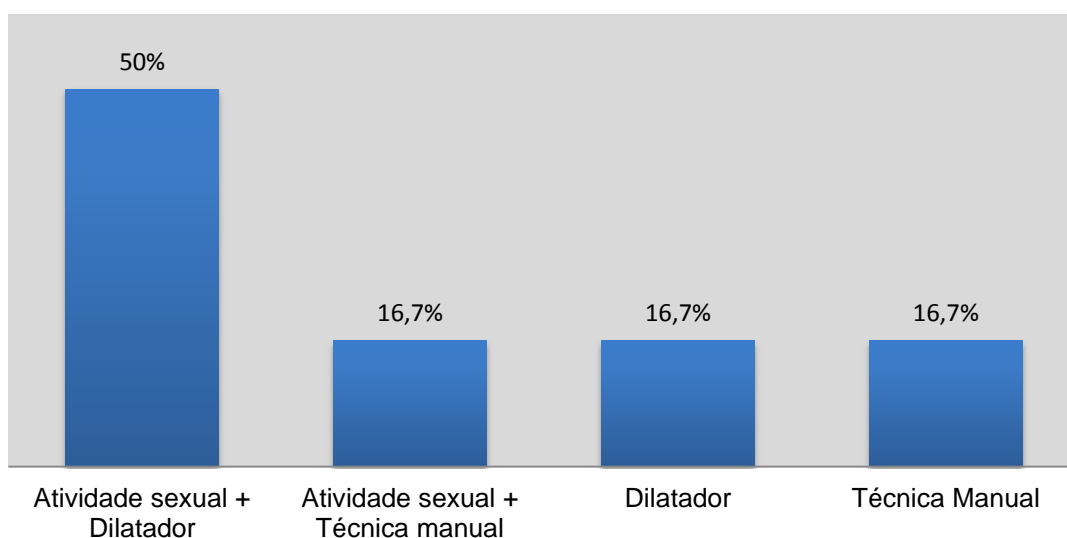
Perante o referido os ensinamentos realizados na consulta uroprotoginecológica de alta, assumem um papel fundamental para a adaptação da pessoa à vivência do seu dia a dia após tratamento. As intervenções levadas a cabo nesta consulta encontram-se no gráfico 10.

**Gráfico 10.** Intervenções de enfermagem realizadas na alta da consulta uroprotoginecológica



No âmbito da prevenção da estenose vaginal 75% aderiu ao programa previsto e 25% não aderiu. As mulheres que aderiram ao programa de prevenção de estenose vaginal puderam livremente e de acordo com o mais adaptado à sua vivência optar por diferentes estratégias, sendo que a mais adotada foram duas técnicas conjugadas, início da atividade sexual intercalada com o recurso ao dilatador vaginal (cf. gráfico 11).

**Gráfico 11.** Técnica de prevenção da estenose vaginal adotada



Quanto a encaminhamentos para outros profissionais da instituição, foram encaminhados 8% da população durante o acompanhamento para consulta com nutricionista e 3% para a fisioterapeuta após contacto telefónico de *follow-up* realizado 2 semanas após o término de tratamento.

É importante reforçar que cerca de 38% da população submetida a consulta de enfermagem uroprotoginecológica encontrava-se a realizar RT concomitante com outros tratamentos, nomeadamente 28% dizem respeito a hormonoterapia e 10% quimioterapia. Este é um dado importante no acompanhamento à pessoa submetida a RT pélvica de modo a conseguir avaliar de forma mais eficiente a toxicidade eminente e, conseqüentemente, intervir da forma mais adequada à situação, bem como possíveis dificuldades de acordo com estes fatores de influência.

Em suma, perante a análise dos dados recolhidos da consulta uroprotoginecológica nesta fase inicial, considero que o acompanhamento se tem mostrado adequado às necessidades da pessoa submetida a RT pélvica. Todavia, é fundamental que o projeto continue a ser cumprido com o rigor de até então, para que posteriormente se possa avaliar com uma amostra mais significativa a consulta uroprotoginecológica e se necessário ajustar as intervenções de enfermagem e/ou momentos de atuação.

Tendo em conta que a população é maioritariamente masculina e proveniente da unidade da próstata e vias urinárias, poderá constituir uma mais

valia debater futuramente os resultados da consulta nesta área de intervenção com a unidade de patologia de origem de modo a conseguir estabelecer uma articulação mais eficaz no acompanhamento pós tratamento, de acordo com as necessidades emergentes.

**Apêndice 17.**

Estudo de caso a um homem com adenocarcinoma da próstata que realizou  
RT no serviço C



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

**7º Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização em Enfermagem Médico - Cirúrgica: Vertente  
Oncológica**

**Unidade Curricular: Estágio com Relatório**

# **SOBREVIVER À SOBREVIVÊNCIA**

**- Estudo de caso -**

**Discente:**

Elda Freitas

Número: 463

**Orientadora local de estágio:**

██

**Docente:**

Professor Óscar Ferreira

**LISBOA**

**2017**

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral



OE – Ordem dos Enfermeiros

PSA – Antígeno Específico da Próstata

RT – Radioterapia

RM – Ressonância Magnética

SBRT – *Stereotactic Body Radiation Therapy*

TC- Tomografia Computorizada

<b>Índice</b>	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>4</b>
<b>1. ANAMNESE</b>	<b>6</b>
1.1. Dados demográficos	6
1.2. Experiências de vida significativas	6
1.3. Caracterização do seu meio envolvente	7
1.4. História pessoal (fisiológica) e social	8
1.5. Antecedentes pessoais	9
1.6. Antecedentes familiares	9
1.7. História da doença atual	9
<b>2. IMPACTO E VIVÊNCIAS DA DOENÇA ATUAL</b>	<b>11</b>
2.1. Identificação dos problemas e atividades de vida alteradas	12
2.2. Apreciação cognitiva e emocional	14
2.3. Intervenções de enfermagem	15
<b>3. GESTÃO DA DOENÇA E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>23</b>

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: vertente Oncológica, propus-me realizar um estudo de caso sobre uma pessoa com doença oncológica submetida a radioterapia (RT) pélvica na unidade de RT [REDACTED] e integrada na consulta de enfermagem uroprotoginecológica.

Este estágio tem como principal objetivo planear e implementar a consulta de enfermagem uroprotoginecológica com vista à capacitação da pessoa e família para as implicações da RT pélvica a curto e a longo prazo.

O presente estudo de caso pretende ser um dos indicadores de avaliação a um dos objetivos específicos definidos, nomeadamente implementação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, aplicando as competências adquiridas e/ou desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados à pessoa e família submetida a RT pélvica.

Assim sendo, o meu estudo de caso será sobre o Sr. José, cujo nome é fictício por questões de privacidade, com o diagnóstico atual de adenocarcinoma da próstata. Nos contatos estabelecidos com o Sr. José solicitei a sua autorização para a utilização da sua história pessoal e clínica para o presente estudo de caso, explicando o seu intuito, tendo sido autorizado pelo próprio.

O adenocarcinoma da próstata é o tumor maligno com maior taxa de incidência na Europa e em Portugal, sendo a sua incidência estimada em 120,3 por cada 100000 homens por ano, e uma mortalidade de 36,2 por 100000 habitantes em Portugal (Direção Geral de Saúde, 2016).

Neste estudo de caso descrevo e analiso a história de vida e doença do Sr. José, refletindo sobre o impacto e a vivência da situação atual, identificando os problemas e necessidades, tal como o plano de cuidados estabelecido e as intervenções de enfermagem realizadas.

A colheita de dados deste estudo de caso foi realizada através de entrevistas e avaliação do Sr. José e família, realizada ao longo do estágio, pesquisa e análise do processo clínico e exames complementares de diagnóstico.

As competências comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), bem como as competências específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011) e o recomendado pela *European Oncology Nursing Society* (2013), foram a base de sustentação às intervenções de enfermagem, no sentido de dar uma resposta singular e adequada às necessidades do Sr. José e sua família.

O título deste estudo de caso resulta de uma questão levantada pelo Sr. José em torno da sua vulnerabilidade face à atual situação e que me sensibilizou para os desafios que se impõem aos enfermeiros que acompanham as pessoas durante a vivência da doença oncológica e sobreviventes da mesma.

Ao longo do estudo de caso procurei mobilizar conhecimentos adquiridos, recorrendo ao Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), para a avaliação das atividades de vida e individualização das intervenções de enfermagem.

Desta forma, o estudo de caso faz uma primeira alusão à anamnese do Sr. José, seguido do impacto e vivências da doença atual, terminando com a abordagem à gestão da doença e continuidade dos cuidados, tendo sempre a individualidade como princípio orientador no planeamento e nas intervenções de enfermagem levadas a cabo.

## **1. ANAMNESE**

### **1.1. Dados demográficos**

No primeiro contacto com o Sr. José tive o cuidado de lhe perguntar como gostava de ser tratado para individualizar a abordagem, contudo como neste caso se trata de um nome fictício mantereí a devida proteção da privacidade do Sr. José.

Sexo masculino, raça caucasiana.

Tem 73 anos de idade. Nacionalidade portuguesa, natural de Lisboa, onde reside com a esposa. Tem 3 filhos já casados e 5 netos.

Atualmente encontra-se aposentado, no entanto mantém algumas consultas enquanto psicólogo, uma vez que tem um consultório.

Ocupa os seus tempos livres a realizar exercício físico e a praticar meditação.

### **1.2. Experiências de vida significativas**

Quando questionado o Sr. José acerca das experiências de vida significativas, evidenciou transições de desenvolvimento, situacionais e de saúde-doença, desfavoráveis e favoráveis, que implicaram a sua adaptação. Nomeadamente, o seu casamento e o nascimento dos seus filhos e netos que representaram a incorporação da responsabilidade e sentido de pertença.

A revolução do 25 de Abril, pelas mudanças na sociedade e na sua atividade profissional.

O falecimento da sua mãe, em que ele e a esposa lhe prestaram cuidados em fim de vida após um acidente vascular cerebral (AVC). Tal situação exigiu muito de si e da família, ao referir que não se encontravam preparados para lidar com aquele momento e que implicou um grande crescimento.

Refere que a sua família é a sua força anímica para viver, felizmente os filhos estão formados e com a vida organizada, agora espera poder viver tranquilamente com a esposa e assistir ao crescimento dos netos. Hoje em dia procura valorizar e proporcionar momentos em família de modo a manterem-se

unidos e próximos, visto que durante alguns anos dedicou muito tempo à profissão e pouco à família pelos objetivos que tinha traçado.

Assume-se como católico praticante e a fé em Deus também tem sustentado todo este processo de insegurança e medo face ao futuro.

Atualmente a doença também é identificada como muito significativa, pelo sentimento de finitude que provoca, logo tem valorizado a família e procurado a meditação como forma de equilíbrio para as suas emoções.

Neste sentido, sendo as respostas humanas às transições foco da intervenção de enfermagem é fundamental o desenvolvimento de intervenções que visem o desenvolvimento, promoção e recuperação dos indivíduos contribuindo para a manutenção e promoção da saúde (Meleis, 2007).

### **1.3. Caracterização do meio envolvente**

O Sr. José está casado com a esposa há 49 anos. Têm 3 filhos (2 filhos e 1 filha) todos casados e com filhos. Afirma não existirem situações de conflito na família. O seu agregado familiar é constituído por si e pela esposa.

Refere que tem um bom relacionamento com a vizinhança, reside há 30 anos no mesmo local e considera os vizinhos a sua segunda família.

O seu irmão também é um forte apoio, refere que é com ele que desabafa e confia as suas inquietações e procura aconselhamento.

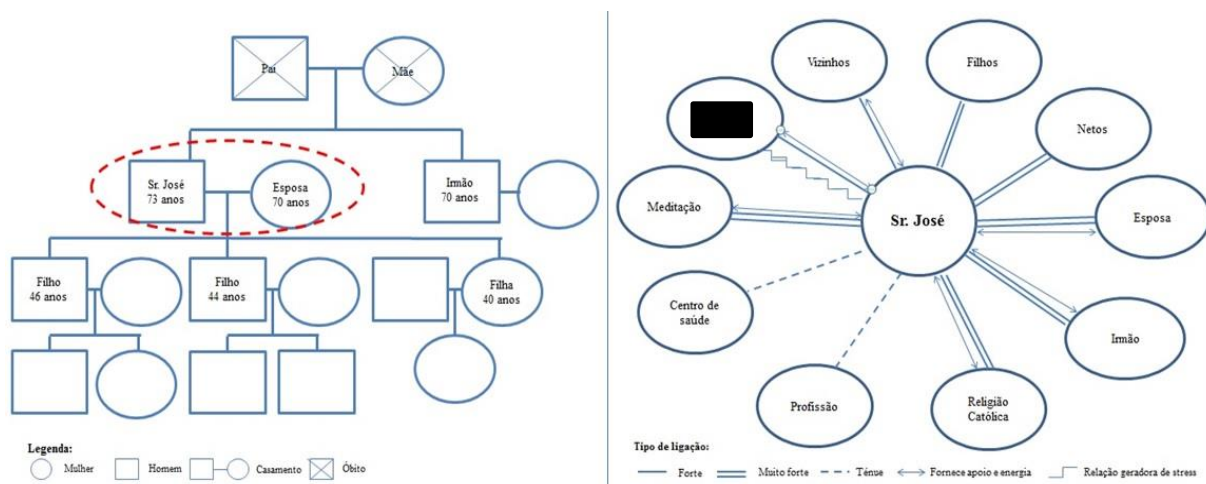
Quanto à sua habitação, é uma vivenda com todas as condições de habitabilidade necessárias para viver tranquilamente.

A sua relação com instituições de saúde maioritariamente foi no contexto profissional e enquanto psicólogo, raramente como doente. No que se refere ao CCC afirma que tem sido um grande apoio na vivência desta situação, apresentando simultaneamente um sentimento de tranquilidade e segurança por confiar no encaminhamento e acompanhamento que tem recebido, e o stress involuntário, dado que a sua vinda à instituição recorda-lhe a patologia e os medos inerentes.

No sentido de evidenciar o meio envolvente do Sr. José e relações existentes, realizei em conjunto com o próprio o seu genograma e ecomapa (imagem 1) que permitem visualizar as relações familiares e com o meio

envolvente e que influenciam a intervenção e definição do plano de cuidados de enfermagem. Estas representações correspondem ao atual momento que o Sr. José se encontra a vivenciar, podendo sofrer alterações ao longo do tempo, sendo portanto um retrato dinâmico das suas relações.

**Imagem 1.** Genograma e ecomapa do Sr. José e seu meio envolvente



#### 1.4. História pessoal (fisiológica) e social

O Sr. José frequentava o Centro de Saúde da área de residência onde tem o seu médico de família, contudo antes de se aposentar não o fazia com regularidade pois recorria, quando necessário, aos médicos das clínicas onde trabalhava. Ultimamente fazia consulta de rotina anualmente.

Segundo o próprio não tem, nem teve qualquer hábito aditivo (etanólico ou tabágico).

A sua alimentação sempre foi cuidada, tem uma horta em casa onde cultiva legumes. Atualmente está mais atento à sua alimentação e ao reforço hídrico, que até então não cumpria.

A nível social, pela sua profissão, estava envolvido em muitos projetos de integração social. Após aposentar-se faz apenas algumas consultas e decidiu afastar-se desses projetos pelo stress e responsabilidade que acarretavam em quem os organiza.

Ocupa o seu tempo a dedicar-se a si mesmo e aos seus.

## 1.5. Antecedentes pessoais

Sr. José tem dislipidemia e hipertensão arterial.

A sua medicação habitual é: irbesartan 300mg ao pequeno-almoço e atorvastatina 10mg ao jantar.

## 1.6. Antecedentes familiares

Não conhece a história clínica do pai, quanto à mãe faleceu após um AVC. O seu irmão tem hipertrofia benigna da próstata.

Antecedentes familiares oncológicos desconhece.

## 1.7. História da doença atual

Em setembro de 2016 o Sr. José após realizar avaliação de PSA<sup>1</sup> no contexto de análises de rotina é encaminhado pelo médico de medicina geral e familiar para um urologista. Optou por recorrer a urologista privado que deu indicação para nova avaliação de PSA que se encontrava a 23,42ng/ml, realizou toque rectal e deu indicação para realização de biópsia prostática. Esta última confirma adenocarcinoma da próstata, com Gleason<sup>2</sup> 8. Realizou PET-PSMA<sup>3</sup> não se evidenciando qualquer metastização.

Encaminhado para consulta com radioncologista, onde após observação foi dada indicação para iniciar bicalutamida neoadjuvante durante 6 semanas e

---

<sup>1</sup> PSA (*Prostate Specific Antigen*). Teste de antígeno específico da próstata que permite avaliar a sua quantidade no sangue. Valor de PSA acima de 4,0 (a unidade de doseamento é ng/ml) é considerado suspeito e considera-se que deve ser estudada situação. Um valor inferior a 4 não merecedor de biópsia (Instituto da Próstata e Incontinência Urinária, 2016).

<sup>2</sup> Sistema de classificação utilizado para o diagnóstico de adenocarcinoma da próstata, que permite descrever a agressividade e probabilidade de metastização do tumor. Um *score* mais elevado de Gleason indica tumores mais agressivos (igual ou superior a 8), contudo a maioria dos adenocarcinomas da próstata são de baixo e intermediário risco, com um Gleason 6-7 (Canadian Cancer Society, 2017).

<sup>3</sup> Realização de Tomografia por Emissão de Positrões (PET) usando o Antígeno Específico da Membrana da Próstata (PSMA), como estudo do estadiamento preciso do cancro da próstata primário e reestadiamento em caso de recidiva bioquímica (Rauscher et al., 2016).

foi proposto para SBRT<sup>4</sup> prostática, que consiste na realização de 5 frações de tratamento, num total de 45Gy<sup>5</sup>. É neste contexto que inicio o contacto com o Sr. José e sua esposa.

Relativamente a alterações existentes refere não apresentar qualquer alteração urinária ou intestinal, no entanto devido à realização da terapêutica neoadjuvante afirma ter redução da libido e portanto no que diz respeito à atividade sexual não se encontra ativo, sendo que anteriormente já apresentava alterações na ereção. Este é um fator muito importante para si, sendo uma das preocupações associadas ao tratamento, visto apresentar alterações anteriores e tem medo do seu agravamento.

---

<sup>4</sup> SBRT - *Stereotactic Body Radiation Therapy*. Técnica recente que diz respeito à utilização de feixes de radiação muito precisos de alta dose, numa determinada localização. A utilização desta técnica é recomendada apenas por centros com equipamento adequado e experiência (NCCN, 2016).

<sup>5</sup> Gy – *Gray*, unidade no Sistema Internacional de Unidades de dose absorvida, representando a quantidade de energia de radiação ionizante absorvida (ou dose) por unidade de massa.

## 2. IMPACTO E VIVÊNCIAS DA DOENÇA ATUAL

O Sr. José tem procurado lidar de forma tranquila com o diagnóstico, no entanto encontra-se numa fase de questionamento face às decisões no percurso terapêutico e incertezas relacionadas com o futuro.

Enquanto psicólogo ajudou muitas pessoas a lidar e vivenciar processos de saúde-doença, porém refere ser quase impossível não temer o futuro e as implicações desta doença e/ou os tratamentos na sua vida e na sua família. Afirma que muitas vezes nas suas abordagens enquanto psicólogo procurava perceber de que maneira encontraria o equilíbrio para lidar com as incertezas, mas atualmente tem sido difícil este exercício na primeira pessoa pelo medo do sofrimento que poderá sentir e provocar. A “apreensão, incerteza, espera, expectativa, medo da surpresa prejudicam mais o doente do que qualquer esforço físico” (Nightingale, 2005, p. 59).

Tem realizado meditação como forma de encontrar o seu equilíbrio e permitir demonstrar calma e segurança à sua família.

Na situação do Sr. José a doença provocou impacto em diferentes dimensões: dinâmica familiar, obrigando a rotinas diferentes; profissional, diminuiu o número de consultas; social, encontra-se menos disponível para o contacto com os vizinhos e amigos, prefere ficar mais resguardado e em meditação pelas constantes abordagens acerca da sua situação de doença; fortaleceu a sua relação com o seu irmão que é o seu confidente, bem como com toda a família nuclear.

Assim sendo, o meu contacto junto do Sr. José foi no contexto da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, nomeadamente no acolhimento com respetivo planeamento do tratamento, no acompanhamento ao longo das 5 sessões de tratamento e respetiva alta, bem como o *follow-up* telefónico duas semanas após término de tratamento de acordo com o preconizado no protocolo de intervenção de enfermagem estabelecido.

No acolhimento realizado na consulta de enfermagem uroprotoginecológica procurei obter dados para a personalização dos cuidados a prestar, perceber de que forma o Sr. José se encontrava a vivenciar todo este processo, compreender o seu conhecimento sobre a proposta de tratamento e a informação que pretende acerca do mesmo, desmistificando alguns

conceitos. Esclarecer dúvidas acerca das rotinas e procedimentos inerentes ao tratamento e a toxicidade aguda e tardia, bem como medidas a adotar para os minimizar. Realizar ensinamentos dos cuidados a ter durante o tratamento, demonstrando disponibilidade para o acompanhamento. A esposa esteve presente nesta consulta, tendo sido envolvida ao longo da mesma.

O Sr. José permanece independente nas suas atividades de vida diárias. Tendo uma aparência cuidada. Afirma que se encontra informado acerca do seu processo e tratamento proposto. No entanto, apresenta dúvidas acerca das rotinas e procedimentos inerentes dado implicarem invasão da sua privacidade (algáliação e colocação de sonda rectal) e, conseqüentemente, necessita de perceber a sua pertinência, visto também ser uma abordagem inovadora.

Para uma avaliação mais pormenorizada utilizei o Modelo de Roper, Logan e Tierney (2001), que identifica 12 atividades de vida que caracterizam a pessoa e, como tal, fazem parte da individualidade da sua existência. Cabe à intervenção de enfermagem contribuir para a resolução de problemas reais e a prevenção de problemas potenciais relacionados com as atividades de vida e lidar com eles de forma positiva, o que se aplica à necessidade de intervenções junto da pessoa submetida a RT pélvica.

Assim sendo, torna-se essencial que os enfermeiros na sua prática tenham em conta as respostas humanas aos problemas de saúde e projetos de vida de cada pessoa, bem como o processo adaptativo constante e o papel da enfermagem junto da pessoa, família e comunidade (Silva, 2007).

## **2.1. Identificação dos problemas e atividades de vida alteradas**

Para que seja possível planejar, implementar e avaliar as intervenções individualizadas de enfermagem é fundamental conhecer a individualidade da existência da pessoa para, deste modo, contribuir para a prevenção de problemas potenciais ou reais, aliviar ou resolver os problemas, prevenir o seu possível reaparecimento e lidar positivamente com os mesmos (Roper, Logan & Tierney, 2001).

Ao longo do percurso na consulta uroprotoginecológica, foi possível identificar as atividades de vida alteradas e potenciais de serem alteradas com o tratamento do Sr. José de acordo com os diferentes fatores de influência (biológicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e politico-económicos) e

segundo a sua capacidade de as realizar de forma independente/dependente. Neste sentido, passo a descrever as atividades de vida alteradas e as potenciais, considerando esta avaliação dinâmica no tempo e, portanto, passível de sofrer alterações de acordo com as especificidades que forem surgindo.

Relativamente a **manter um ambiente seguro** diz respeito à necessidade de prevenir riscos potenciais de agressões externas através da realização de ensinamentos de possíveis fatores externos agressores (esforços, andar de bicicleta, temperatura ambiente, entre outros). **Comunicar** é uma atividade de vida a ser potenciada, visto o Sr. José encontrar-se por vontade própria a vivenciar esta situação de forma isolada, apesar de ser acompanhado pela esposa aos tratamentos opta por mascarar as suas angústias quando esta se encontra presente, como forma de a proteger.

**Comer e beber** de forma adequada, não apresenta alterações a este nível e apesar de não haver interferência direta do tratamento é importante o registo do índice de massa corporal. Peso atual 73kg, altura 1,79 metros, tendo como índice de massa corporal 22,8 kg/m<sup>2</sup>. Contudo esta atividade tem potencial de alteração devido às necessidades de restrição do tratamento, nomeadamente de alimentos ácidos, picantes, condimentados, bem como, todos os alimentos que habitualmente provoquem distúrbios intestinais devem ser excluídos durante o período de tratamento.

Outra das atividades de vida a evidenciar é a **eliminação**, sendo que o Sr. José não apresenta qualquer alteração, no entanto poderá apresentar alterações urinárias (polaquiúria, disúria, jato urinário enfraquecido são as mais habituais) e/ou intestinais (obstipação ou diarreia) devido ao tratamento.

**Trabalhar e distrair-se** estão alteradas, uma vez que se encontra ansioso e limitado em questão de tempo para a realização das consultas, bem como evita o contacto social com outras pessoas para além da família.

A **expressão da sexualidade** encontra-se alterada, não tendo a atividade sexual regular desde o início da terapêutica neoadjuvante por redução da libido, tal como identifica já previamente alterações na ereção. Neste sentido, sente-se inseguro quanto à sua masculinidade. Devido à possível toxicidade da RT esta atividade tem potencial de sofrer mais alterações. Neste sentido, foi alertado para a possível toxicidade aguda e tardia e para a importância de estar atento às suas manifestações corporais, bem

como à possibilidade de encaminhamento pós tratamento para urologista ou fisioterapeuta. Quando questionado acerca do futuro, não prioriza, mas manifesta vontade de permanecer sexualmente ativo.

Assim sendo, é necessário desenvolver intervenções de enfermagem que visem a capacitação do Sr. José para manter a sua autonomia na realização das atividades de vida promovendo a relação enfermeiro – doente, através da escuta ativa e uma relação de confiança e segurança fundamental no decurso deste trajeto. Para além disso deveremos envolver outros elementos da equipa multidisciplinar sempre que se justificar o respetivo encaminhamento, sendo fundamental ao longo deste acompanhamento demonstrar disponibilidade.

## **2.2. Apreciação cognitiva e emocional**

O Sr. José encontra-se consciente e orientado no tempo, espaço e pessoa.

A sua maior dificuldade está em controlar as suas emoções e por se culpabilizar por essa dificuldade, visto ser psicólogo e já ter trabalhado estes aspetos com os doentes e atualmente ter dificuldade em realizar este exercício consigo mesmo.

Apesar da PET-PSMA ter concluído que não havia qualquer metastização a verdade é que mantém este receio e refere várias vezes querer ajudar a criar os netos.

Todo o processo de adaptação à doença e tratamentos tem implicado uma introspeção pelo Sr. José. A mudança do estado saudável para a vivência da doença, implica alterações e mudanças significativas na vida da pessoa, que provoca reajustes na vida social, familiar e emocional (Meleis, 2007).

## 2.3. Intervenções de enfermagem

As intervenções de enfermagem foram desenvolvidas de acordo com o preconizado na abordagem durante a consulta uroprotoginecológica, tendo por base a importância do estabelecimento de uma relação de parceria com a pessoa e sua família, promovendo o projeto de saúde que ela vive e acredita, enfatizando a importância da readaptação após a doença (OE, 2004).

Perante as necessidades anteriormente destacadas foi sempre questionado ao Sr. José se pretendia envolver a esposa no acompanhamento, que é a pessoa de referência, uma vez que o acompanha em todas as sessões de tratamento, sendo que preferiu envolvê-la apenas no acolhimento e na alta.

Toda a família tem sido um grande apoio para o Sr. José mantendo-se presente no dia a dia.

Durante a primeira abordagem ao Sr. José e sua esposa procurei fornecer a informação e estratégias para lidarem com as atividades de vida alteradas de forma autônoma, tal como para as potenciais dado as especificidades do tratamento e possível toxicidade aguda associada.

Foi possível desde logo estabelecer uma relação de empatia, fundamental para a confiança necessária ao seguimento.

Nesta perspectiva, a intervenção realizada no acolhimento no âmbito da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, foi no sentido de procurar alcançar os seguintes objetivos:

- Iniciar o estabelecimento de uma relação de ajuda, promovendo a escuta ativa, apoio emocional, demonstrando disponibilidade, dando espaço para a verbalização de sentimentos, emoções, medos, angústias e incertezas;
- Ajudar a perceber o seu atual papel enquanto homem, marido, pai, avô e irmão, inserido numa sociedade e em processo de tratamento;
- Manter a sua autonomia face às suas atividades de vida diárias e gestão da possível toxicidade aguda do tratamento;
- Promover a saúde através da realização de ensinamentos sobre a alimentação, reforço hídrico, fatores externos agressores, repouso e exercício físico, bem como adesão à terapêutica profilática (tansulosina 0,4mg e ciprofloxacina 250mg 1x/dia via oral);

- Perceber como se encontra a vivenciar a sua sexualidade, visto que já apresenta alterações que poderão agravar-se devido à toxicidade;
- Realizar o acompanhamento do planeamento na imagiologia por ser um tratamento de SBRT prostática implica a realização de uma algaliação e colocação de sonda rectal para posterior realização de tomografia computadorizada (TC) e ressonância magnética (RM);
- No final é fundamental informar que associado ao planeamento poderão surgir sintomas de desconforto uretral ou intestinal, sendo o reforço hídrico essencial nas 24 a 48h após o procedimento;
- Fornecer o documento de reforço da informação;
- Facultar o contato telefónico de referência, evidenciando disponibilidade e atenção face à sua situação;
- Proceder ao devido registo das informações recolhidas, facilitando a continuidade dos cuidados.

Nos acompanhamentos realizados seguidamente (1<sup>a</sup>, 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> sessão) o objetivo foi:

- Familiarizar o Sr. José com o local de tratamento e reforçar os procedimentos inerentes ao mesmo;
- Perceber como se encontra a vivenciar o tratamento, avaliando a sua adaptação, procurando reforçar a relação de ajuda;
- Validar o cumprimento das indicações prévias ao tratamento, esclarecer dúvidas e possíveis dificuldades;
- Avaliar a toxicidade aguda segundo a escala de EORTC/RTOG<sup>6</sup> (vigente no serviço), sendo que no caso do Sr. José ao longo do tratamento não se evidenciou qualquer alteração (referia apenas discreta disúria até 2 horas após a sessão do tratamento, associado à algaliação, mas sem outras intercorrências);
- Verificar possíveis alterações nas atividades de vida, que neste caso não ocorreram;
- Realizar a algaliação e colocação da sonda rectal, como preparação para a sessão de tratamento;
- Validar ao longo de todo o acompanhamento os cuidados adotados, a utilização de medidas preventivas de acordo com a possível toxicidade,

---

<sup>6</sup> RTOG/EORTC - *Radiation Therapy Oncology Group / European Organization for Research and Treatment of Cancer* (Cox, Stetz & Pajak, 1995).

tendo o doente mantido as indicações alimentares, reforço hídrico e terapêutica profilática;

- Agendar o acompanhamento, tendo em conta as especificidades do Sr. José e as necessidades do tratamento (recursos humanos: enfermeiros, radioncologista, radioterapeuta);

- Registrar a informação resultante do acompanhamento.

O último contacto presencial com o Sr. José foi na 5ª sessão de tratamento, para além do acompanhamento na sessão de tratamento foi realizada a consulta de alta, na qual a esposa esteve presente, com o objetivo de:

- Perceber a vivência do tratamento de SBRT prostática, encontrando-se animado pelo término e pelo bem-estar que apresenta;

- Verificar as dificuldades sentidas ao longo do processo, que neste caso esteve relacionado com a colocação da sonda rectal, visto referir incomodo não pela dor física, mas pela “dor psicológica” do procedimento;

- Avaliar a toxicidade aguda que neste caso não houve aparente toxicidade aguda durante o tratamento;

- Verificar as alterações nas atividades de vida, que também se mantiveram estáveis desde o pré tratamento, até à última sessão;

- Elucidar acerca da possível toxicidade aguda e tardia. Neste caso, apesar de não ter existido qualquer alteração é possível que nas semanas após o tratamento possam surgir alterações urinárias e intestinais como anteriormente referidas, bem como é possível alterações na atividade sexual, com uma resposta diminuída;

- Realizar ensinamentos dos cuidados pós tratamento, nomeadamente ao nível da alimentação em que deve manter a indicação de exclusão ou moderação de alimentos ácidos, picantes ou condimentados, reforço hídrico de cerca de 2 litros de água, bem como a terapêutica profilática até à data indicada;

- Explicar qual o acompanhamento que será realizado após tratamento pela equipa médica e de enfermagem;

- Reforçar o papel do atendimento telefónico permanente;

- Registrar a informação resultante do acompanhamento.

O último contacto estabelecido foi via telefone, através do *follow-up* realizado 2 semanas após o tratamento (até então sem qualquer contacto através do atendimento telefónico permanente) no qual se pretendeu monitorizar a possível sintomatologia e/ou dificuldades na adaptação após o tratamento. Neste tentei:

- Perceber como o Sr. José se encontra em termos de estado geral, segundo o próprio com fadiga ligeira, mas a tolerar realizar a sua rotina e sem necessidade de introdução de períodos de repouso adicionais;
- Compreender se permanece adaptado no seu quotidiano, o que se verifica;
- Avaliar a toxicidade existente e implicações no seu bem-estar, sendo que até então apresenta polaquiúria, alterações urinárias Grau 1, sem necessidade de alterar medidas indicadas, nega outras queixas;
- Validar o cumprimento das indicações e aconselhar cuidados e medidas a adotar, tal como prestar esclarecimentos solicitados;
- Agendar novo contacto para monitorização.

Em suma, o Sr. José refere apresentar bem-estar mantido, sem queixas relevantes que necessitem de encaminhamento imediato, motivo pelo qual mantém os agendamentos programados. Posteriormente poderá ser necessário recorrer a urologista para devido encaminhamento face às alterações sexuais apresentadas ou mesmo recorrer a apoio psicológico para o desenvolvimento da sua autoestima e segurança a este nível. Este encaminhamento poderá ser realizado de acordo com o resultado dos *follow-up's* de enfermagem que serão realizados 1 mês e 3 meses após tratamento.

### **3. GESTÃO DA DOENÇA E CONTINUIDADE DOS CUIDADOS**

O diagnóstico de cancro acarreta um conjunto de informação, decisões e percurso clínico inesperado que implica uma série de consultas, profissionais, exames complementares de diagnósticos, tratamentos e protocolos terapêuticos. Assim sendo, a vivência de uma doença oncológica invade a vida da pessoa e família alterando a sua rotina habitual nas várias dimensões.

No caso do Sr. José apesar de ter lidado durante grande parte da sua vida com situações de adaptação à saúde-doença enquanto psicólogo, vivendo agora na primeira pessoa esta situação ficou vulnerável e frágil. Todo o processo desde o diagnóstico, até aos tratamentos decorreu de forma rápida, o que é positivo, no entanto, às vezes é perturbador pelo facto de não dar tempo e espaço para a pessoa e família assimilar toda a informação e, portanto, adaptar-se a este processo. No entanto, o itinerário terapêutico implica uma adaptação constante face às implicações do tratamento proposto.

Quando recebeu o diagnóstico o Sr. José não queria acreditar, tendo em conta que não apresentava qualquer alteração sintomática, foram apenas umas análises de rotina que iniciaram este processo de introspeção da sua existência. À medida que lhe foram apresentando o diagnóstico definitivo e propostas de tratamento, refere que o médico explicava-lhe as possíveis implicações das diferentes propostas terapêuticas, porém para ele eram basicamente o mesmo tipo de consequências simplesmente com percentagens diferentes. Neste contexto a sua questão era “Como ficarei após o tratamento, incontinente, castrado?”. Agora depois de realizados os tratamentos e sendo-lhe pedido tempo para que seja possível observar os resultados dos tratamentos, quando desejaria saber já se valeu a pena, interroga-se “Serei eu um sobrevivente do cancro?” e “O que irá implicar sobreviver à sobrevivência? Tenho medo do que isto poderá querer dizer ou o que me irá fazer.” Esta vulnerabilidade demonstrada é o suficiente para colocar em causa o projeto de vida do Sr. José. Contudo, ao longo do seu percurso procurou na meditação e também na religião praticada auxílio para gerir as suas emoções e a sua fé de modo a conseguir ultrapassar esta fase de diagnóstico e tratamento com a calma e colaboração que o caracterizaram. Sempre com medo e inseguranças

no futuro, mas confiando no presente e em quem do seu percurso terapêutico fez parte.

Desta forma, ao longo das intervenções realizadas na consulta uroprotoginecológica procurou-se ajudar o Sr. José a compreender o seu percurso e a doença em si, de modo a encontrar sentido nos tratamentos e estratégias propostas. Terminados os tratamentos e chegada a fase de aguardar os resultados é fundamental que as intervenções de enfermagem se foquem em ajudar o Sr. José a reestruturar e reorganizar os seus pensamentos e sentimentos, gerindo as emoções emergentes, sendo fundamental o acompanhamento e envolvimento da equipa multidisciplinar.

A incerteza é uma experiência comum às pessoas que lidam com a doença oncológica, sendo fundamental a gestão da informação como um meio de lidar com a incerteza relacionada com a doença (Miller, 2014). E neste sentido, os enfermeiros pelo papel privilegiado que têm no contacto e no conhecimento da pessoa a quem prestam cuidados, deverão planear intervenções dando continuidade aos cuidados após o tratamento do cancro de modo a facilitar a sua adaptação e promover a sua confiança e segurança.

Quando questionado acerca do futuro o Sr. José mantém as incertezas mas refere que irá manter o seu plano de dedicação à família, todavia, depois deste processo, afirma que voltará a envolver-se no apoio a instituições e que procurará dar o seu testemunho e ajudar quem se encontre a passar por situações semelhantes à sua. Depois de vivenciar esta situação compreende o quão vulnerável se sente quem vê a sua vida invadida por esta doença, quase sempre silenciosa, que atraiçoa o corpo e a vida de quem dela padece.

As grandes questões colocadas no futuro passam pela possível toxicidade que poderá surgir e os resultados do tratamento. Quando questionou se ficaria “castrado” mais uma vez evidenciou a importância da atividade sexual para a sua individualidade. A vivência da sexualidade por ser multifatorial, poderá comprometer a qualidade de vida e o bem-estar, visto representar um dos pilares que garantem o reconhecimento da masculinidade (Pinheiro, 2010).

Perante o descrito torna-se fundamental o acompanhamento do Sr. José ao longo do seu processo de adaptação de modo a poder junto do mesmo definir estratégias que possam contribuir para sua reabilitação após a doença/tratamentos e consequente segurança na vivência do seu dia a dia, de acordo com o que para si é prioritário e efetivamente importante.

Assim sendo, é fulcral que se encontre esclarecido acerca do seu percurso e etapas pós tratamento.

Para além disso, a esposa também deverá ser esclarecida de modo a conseguir gerir parte da ansiedade que esta situação lhe provoca, uma vez que sabe da importância da atividade sexual para o Sr. José e para ela, mas também não quer que ele se sinta pressionado ou ache que algo vai mudar na relação, quando para ela o mais importante é que esteja bem e sem desconforto.

Incentivar a esta partilha e comunicação entre o casal é uma das intervenções de enfermagem que devem estar presentes para favorecer a gestão dos cuidados e acompanhamento aquando do término de tratamento. Contribuindo deste modo para a capacitação do casal para as possíveis implicações e readaptação no pós tratamento.

## CONCLUSÃO

A realização do presente estudo de caso no contexto deste estágio permitiu-me sistematizar informação, bem como estruturar todos os aspetos inerentes ao acompanhamento realizado na consulta de enfermagem uroprotoginecológica no âmbito dos cuidados à pessoa submetida a RT pélvica com doença oncológica do foro urológico. Neste sentido, permitiu-me espelhar como se encontra implementada a consulta uroprotoginecológica no que diz respeito a organização, informação, definição e implementação do plano de cuidados, bem como, a avaliação das medidas adotadas até ao término do tratamento.

A seleção do Sr. José para este estudo de caso manifestou-se particularmente interessante, quer pela relação de empatia desde logo estabelecida com o mesmo e esposa, quer pelo facto de ser psicólogo e, apesar de teoricamente ter vários conhecimentos e instrumentos a que recorrer, ter sido necessário desenvolver um grande trabalho face ao autoconhecimento, autocontrolo e gestão emocional que foram as alterações mais enfatizadas pelo próprio durante todo este processo.

Para a redefinição de si mesmo no pós tratamento, que ainda se encontra a processar, o Sr. José enfatizou a importância das intervenções de enfermagem no apoio e informação ao longo do mesmo.

Posto isto, o acompanhamento realizado permitiu capacitar o Sr. José para as possíveis alterações e gerir o seu projeto de vida através da sua redefinição mobilizando o seu potencial de acordo com a sua singularidade e experiência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Canadian Cancer Society (2017). Prostate Cancer: Gleason classification for prostate cancer. Acedido a 4-02-2017. Disponível em

<http://www.cancer.ca/en/cancer-information/cancer-type/prostate/grading/gleason-classification/?region=on>

Cox, J., Stetz, J. & Pajak, T. (1995). Toxicity criteria of the Radiation therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). *Radiation Oncology*, 31 (5), 1341 – 1346.

Direção Geral de Saúde (2016). *Doenças Oncológicas em Números – 2015: Programa Nacional para as doenças oncológicas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4<sup>a</sup> ed.). Bruxelas: Harris DPI.

Instituto da Próstata e Incontinência Urinária (2016). Próstata: o que é o PSA? Acedido a 4-02-2017. Disponível em

<http://www.institutodaprostata.com/psa/>

Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.

Miller, L. (2014). Uncertainty Management and Information Seeking in Cancer Survivorship. *Health Communication*, 29 (3), 233 – 243.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN, 2016). Guidelines for Patients Prostate Cancer. Version 1.2016. Acedido a 9-01-2017. Disponível em <https://www.nccn.org/patients/guidelines/prostate/files/assets/common/downloads/files/prostate.pdf>

Nightingale, V. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pinheiro, T. (2010). *A abordagem à sexualidade masculina na atenção primária à saúde: possibilidades e limites*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina, São Paulo.

Rauscher, I., Maurer, T., Fendler, W., Sommer, W., Schwaiger, M. & Eiber, M. (2016).  $^{68}\text{Ga}$ -PSMA ligand PET/CT in patients with prostate cancer: How we review and report. *Cancer Imaging*, 16 (14), 1-10.

Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. (2001). *O Modelo de Enfermagem de Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi editores.

Silva, A. (2007). “Enfermagem Avançada”: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-20.

**Apêndice 18.**

Questionário de avaliação da consulta e respetiva análise

## Questionário de satisfação da consulta uroprotoginecológica

No serviço de Radioterapia do [REDACTED] procuramos uma melhoria contínua dos serviços prestados. Neste sentido, é de extrema importância reconhecer o grau de satisfação dos nossos doentes. Assim, com o interesse de saber a sua opinião pessoal e objetiva relativamente à consulta de enfermagem uroprotoginecológica, pedimos-lhe que colabore connosco no preenchimento deste inquérito.

O inquérito é confidencial e anónimo. Se tiver dúvidas no seu preenchimento, poderá esclarecê-las junto dos enfermeiros. A sua opinião é muito importante.

Data: / /

Sexo: F  M

1. Quantas sessões de tratamento realizou? 1  2 a 5  + de 6

Por favor, classifique da forma que considera mais correta. Quando indicado, utilize a seguinte escala, assinalando com um :

0 sem opinião    1 Insatisfatório    2 Pouco satisfatório    3 Satisfatório    4 Muito satisfatório    5 Totalmente satisfatório

2. Em média, quanto tempo esperou para receber a consulta uroprotoginecológica, para além da hora marcada?

Até 15 min                       De 30 min a 1 hora                       Considero que não esperei  
 Entre 15 min e 30 min                       Mais de 1 hora

3. Grau de satisfação com a consulta de enfermagem uroprotoginecológica    0    1    2    3    4    5

4. Atitude dos enfermeiros na consulta uroprotoginecológica

Atendimento/Simpatia	0	1	2	3	4	5
Descrição e explicação dos procedimentos	0	1	2	3	4	5
Disponibilidade para informar e esclarecer dúvidas	0	1	2	3	4	5
Profissionalismo	0	1	2	3	4	5
Confiança transmitida	0	1	2	3	4	5

Por fim, deixe-nos por favor, as suas sugestões ou comentários se assim o desejar.

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração.

## ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA CONSULTA UROPROTOGINECOLÓGICA

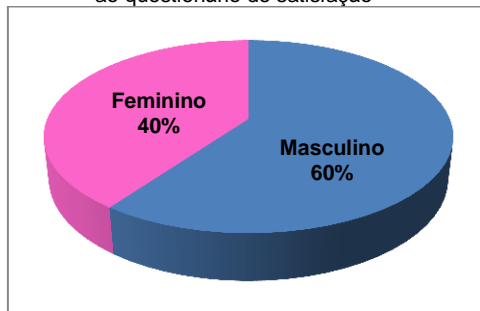
O questionário de satisfação foi aplicado às pessoas submetidas a RT pélvica aquando da alta da consulta uroprotoginecológica. Nesse momento foi entregue o questionário de satisfação, explicado intuito de avaliação e salientado o anonimato da avaliação realizada.

Foram realizadas 27 consultas de alta, sendo que apenas 20 pessoas entregaram o questionário de satisfação até ao término do estágio no serviço C.

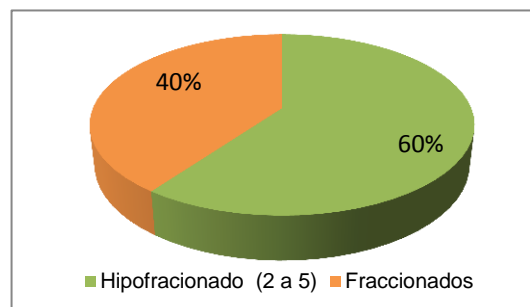
Este questionário foi adaptado de um questionário de satisfação já aplicado no serviço e com autorização pela comissão de ética da instituição para a sua aplicação. Este baseia-se numa escala de Likert com a seguinte classificação: 0-sem opinião, 1-insatisfatório, 2-pouco satisfatório, 3-satisfatório, 4-muito satisfatório e 5-totalmente satisfatório.

Na resposta ao questionário prevaleceu a população masculina e submetida a tratamentos hipofracionados (cf. gráfico 1 e 2).

**Gráfico 1.** Género da população que respondeu ao questionário de satisfação

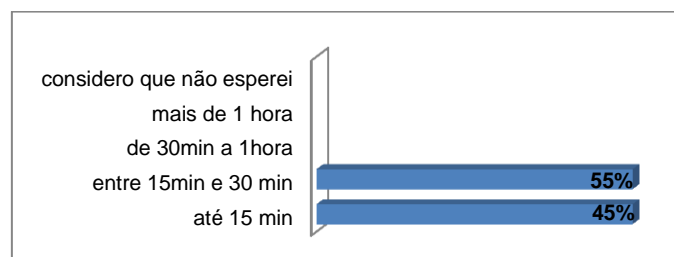


**Gráfico 2.** Número de sessões do tratamento realizado



Um dos itens em avaliação diz respeito ao tempo, em média, que a pessoa esperou para receber a consulta uroprotoginecológica, para além da hora marcada. O tempo de espera foi entre os 15 minutos e os 30 minutos.

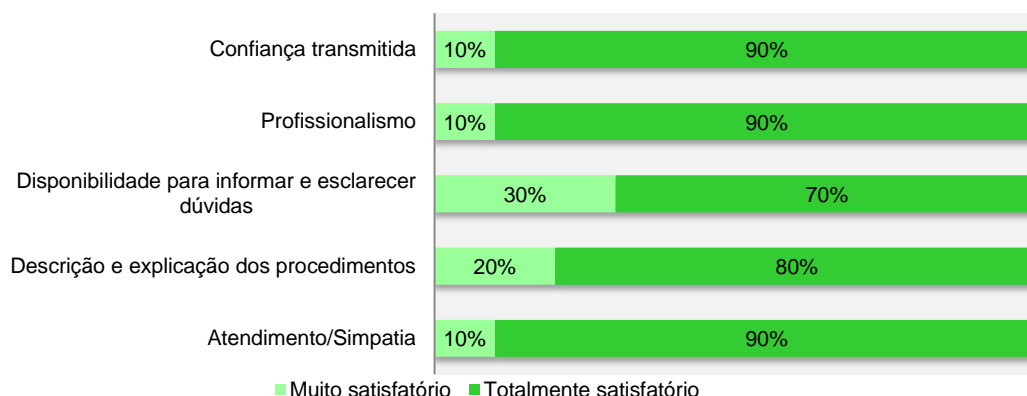
**Gráfico 3.** Tempo médio de espera para a consulta de enfermagem uroprotoginecológica.



Estes resultados são positivos pelo facto de não terem representado desconforto ou atraso com transtorno para a pessoa, contudo também são influenciados pela dependência da realização da consulta pós sessão de tratamento ou associadas à mesma.

Posteriormente foi questionado o grau de satisfação da consulta de enfermagem uroprotoginecológica, sendo que não houve qualquer avaliação de nível insatisfatório, pouco satisfatório e satisfatório. A classificação de totalmente satisfatório foi referida por 85% da amostra e 15% de muito satisfatório. Numa última fase procurei perceber a satisfação da população envolvida na consulta uroprotoginecológica quanto à atitude dos enfermeiros, no que diz respeito a: atendimento/simpatia, descrição e explicação dos procedimentos, disponibilidade para informar e esclarecer dúvidas, profissionalismo e confiança transmitida (cf. gráfico 4).

**Gráfico 4.** Satisfação da população quanto à atitude dos enfermeiros na consulta uroprotoginecológica



Foi ainda dado espaço para sugestões e comentários, sendo que não houveram sugestões, quanto a comentários foram os seguintes:

- “Mais que enfermeira, uma companheira neste processo”
- “As piores torturas nas melhores mãos. Ficará sempre no meu coração”
- “Desculpe o número de perguntas [perguntas realizadas pelas pessoas à enfermeira durante a consulta uroprotoginecológica]. Obrigada pelas respostas”
- “A dedicação e carinho nunca se esquecem. Obrigado”
- “Excelente trabalho. Nunca esquecerei a sua calma e atenção”
- “Obrigada pelo excelente trabalho”

Perante os resultados descritos, considero que a consulta uroginecológica tem níveis elevados de satisfação pela sua população alvo, o que é um fator determinante para o processo de aprendizagem, logo para a promoção da qualidade de vida durante e após tratamento. Tal como, evidencia que a estrutura de acompanhamento preconizada está adequada e responde às necessidades da sua população funcionando como um instrumento de suporte a estas pessoas numa fase tão delicada da sua transição de saúde/doença (Meleis, 2007).

**Apêndice 19.**

Cronograma de atividades do estágio no serviço C

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ESTÁGIO NO SERVIÇO C

Atividades a desenvolver	Nov/Dezembro					Janeiro					Fev.
	28	5	12	19		3	9	16	23	30	6
	2	9	16		2	6	13	20	27	3	10
Apresentação do projeto à equipa do serviço C e da unidade de ginecologia por solicitação médica;											
Reunião com os médicos responsáveis por cada uma das áreas inerentes ao projeto, coordenadora de enfermagem e diretor clínico da unidade;											
Realização de uma sessão de sensibilização evidenciando a <i>checklist</i> das necessidades da pessoa submetida a RT pélvica e toxicidade aguda e tardia;											
Elaboração de uma proposta de intervenção e acompanhamento de enfermagem;											
Realização de um guia de integração à intervenção junto da pessoa submetida a RT pélvica e sua família;											
Elaboração de um folheto informativo acerca do tratamento, toxicidade aguda e tardia e cuidados a ter pré, intra e pós tratamento;											
Criação de um algoritmo de intervenção de enfermagem de acordo com a localização e tipo de tratamento;											
Realização da consulta de acolhimento pré RT, no sentido de avaliar os conhecimentos e necessidades da pessoa e família submetida a RT;											
Promoção do acompanhamento durante o tratamento, segundo o protocolo estabelecido e as necessidades emergentes;											
Estabelecimento de prioridades de intervenção e medidas de otimização para capacitar a pessoa;											
Avaliação, monitorização e controlo da toxicidade aguda e tardia;											
Realização de ensinamentos de medidas preventivas;											
Envolvimento da família na dinâmica de cuidados;											
Promoção da reabilitação;											
Desenvolvimento de um questionário de satisfação para a pessoa e família avaliar o acompanhamento de enfermagem;											
Reunião com fisioterapeuta e nutricionista para estabelecimento de critérios de encaminhamento;											
Envolvimento da equipa multidisciplinar na marcha terapêutica da pessoa e família.											
<b>Elaboração do Relatório</b>											

**Legenda:**  Planeado  Realizado  Férias de Natal

**Apêndice 20.**

Competências de enfermagem desenvolvidas nos estágios

## ATIVIDADES E RESPETIVAS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NOS ESTÁGIOS

### Legenda

#### **Competências comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2010):**

- A – Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal
- B – Domínio da melhoria contínua da qualidade
- C – Domínio da gestão dos cuidados
- D – Domínio das aprendizagens profissionais

#### **Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011)**

L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

#### **Competências em Enfermagem Oncológica (EONS, 2013):**

1. Compreensão do contexto da pessoa e família submetida a RT pélvica (tratamento e impacto);
2. Avaliação de enfermagem e intervenções na gestão junto da pessoa e família submetida a RT pélvica;
3. Planeamento da consulta uroprotoginecológica, intervindo no pré, intra e pós RT;
4. Perceção do impacto da RT pélvica na pessoa, família e equipa de prestação de cuidados;
5. Informação e comunicação junto da pessoa submetida a RT pélvica e sua família;
6. Liderança e gestão dos recursos humanos;
7. Aplicação de evidência científica na prática de cuidados de enfermagem à pessoa e família submetida a RT pélvica.

#### **Competências de Mestre – Descritores de Dublin (*Joint Quality Initiative informal group, 2004*):**

- A – Aplicação de conhecimentos e compreensão em contextos alargados e multidisciplinares
- B – Realização de julgamento/tomada de decisões
- C – Comunicação
- D – Competências de autoaprendizagem

<b>Atividades realizadas no serviço A</b>	<b>Competências comuns de EE<sup>1</sup></b>	<b>Competências de EE em EPSCP<sup>2</sup></b>	<b>Competências em Enfermagem Oncológica<sup>3</sup></b>	<b>Competências de Mestre<sup>4</sup></b>
Apresentação do projeto de intervenção à equipa e consulta de documentos normativos do acompanhamento preconizado no serviço.	A	-	-	C
Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem no serviço e com a equipa multidisciplinar.	A, D	-	-	A, D
Realização de entrevistas aos enfermeiros da unidade.	A, D	L5	1	A, D
Consulta de guias de integração e/ou manual de normas e procedimentos.	B	-	-	A, D
Observação e participação na dinâmica e acompanhamento de enfermagem à pessoa e sua família segundo as necessidades emergentes.	A, D	L5	2, 4, 5	A, B

<sup>1</sup> Competências comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2010).

<sup>2</sup> Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011).

<sup>3</sup> Competências de acordo com o recomendado pela *European Oncology Nursing Society* (2013).

<sup>4</sup> Descritores de Dublin (*Joint Quality Initiative informal group*, 2004).

<b>Atividades realizadas no serviço B</b>	<b>Competências comuns de EE</b>	<b>Competências de EE em EPSCP</b>	<b>Competências em Enfermagem Oncológica</b>	<b>Competências de Mestre</b>
Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem no serviço e com a equipa multidisciplinar.	A, D	-	-	A
Apresentação do projeto de intervenção à equipa.	A	-	-	C
Realização de entrevistas aos enfermeiros e doentes da unidade.	A, D	L5	1, 4	A, D
Consulta de guias de integração e/ou manual de normas e procedimentos do serviço.	B	-	-	-
Observação da abordagem da equipa de enfermagem à pessoa e família face às suas necessidades.	-	-	1	D
Identificação e análise de documentos de apoio à consulta de enfermagem.	A, D	-	-	D
Avaliação das condições materiais e estruturais da consulta de enfermagem.	A, C	-	6	A
Identificação e desenvolvimento de estratégias comunicacionais na abordagem à pessoa e família nesta fase de vulnerabilidade.	D	L5	4, 5	B, C
Identificação das necessidades alteradas.	A, D	L5	2	B
Participação nas consultas de enfermagem.	A, C	L5	1, 2, 4, 5	A, B, C
Organização da informação da consulta de enfermagem de modo a definir um plano de cuidados.	A, B, C	L5	2	A, B
Estabelece prioridades de intervenção.	A, C	L5	2	B
Mobilização dos conhecimentos baseados na evidência científica para a prática de cuidados.	B, D	L5	7	A, D
Fornece ou reforça informações necessárias para a continuidade dos cuidados, quer à equipa, quer à pessoa e família.	-	L5	5	C
Aconselhamento e apoio às pessoas e família na gestão dos cuidados e ambiente.	A, C	L5	-	A, B, C
Acompanhamento e perceção da dinâmica da equipa de oncosexologia nas diferentes valências ██████.	A, C, D	-	-	A, D
Compreensão da dinâmica da equipa de feridas ██████ nas intervenções às radiodermites.	A, D	L5	-	A, B, D

Atividades realizadas no serviço C	Competências comuns de EE	Competências de EE em EPSCP	Competências em Enfermagem Oncológica	Competências de Mestre
Apresentação do projeto à equipa do serviço C e da unidade de ginecologia por solicitação médica	A	-	-	C
Reunião com os médicos responsáveis por cada uma das áreas inerentes ao projeto, coordenadora de enfermagem e diretor clínico.	A, C, D	-	6	A, C
Realização de uma sessão de sensibilização onde evidencia a <i>checklist</i> das necessidades da pessoa submetida a RT pélvica e toxicidade aguda e tardia.	D	L5	4, 7	C
Elaboração de uma proposta de intervenção e acompanhamento de enfermagem.	A, C	-	6	C
Realização de um guia de integração à intervenção de enfermagem junto da pessoa submetida a RT pélvica e sua família.	A, C	-	3, 7	A, B, C, D
Realização de um folheto informativo acerca do tratamento, toxicidade aguda e tardia e cuidados a ter pré, intra e pós tratamento.	A	L5	5	A
Estabelecer algoritmo de intervenção de enfermagem de acordo com a localização e tipo de tratamento.	A, B, C	L5	2, 3, 4	B
Realização da consulta de acolhimento pré RT, no sentido de avaliar os conhecimentos e necessidades da pessoa e família submetida a RT.	A, D	L5	1, 2, 3, 4, 5	B, C
Promoção do acompanhamento durante o tratamento, segundo o protocolo estabelecido e necessidades emergentes.	A, D	L5	1, 2, 3, 4, 5	B, C
Estabelecimento de prioridades de intervenção e medidas de otimização para capacitar a pessoa.	A	L5	2	C
Avaliação, monitorização e controlo da toxicidade aguda e tardia.	A, B	L5	4, 5	A, B
Realização de ensinamentos das medidas preventivas.	A, B	L5	4, 5	A, B, C
Envolvimento da família na dinâmica de cuidados.	B	L5	4, 5	C
Promoção da reabilitação.	A	-	1, 5	A, B
Desenvolvimento de um questionário de satisfação para a pessoa e família avaliar o acompanhamento de enfermagem.	B	L5	-	B, D
Reunião com fisioterapeuta e nutricionista para estabelecimento de critérios de encaminhamento.	D, C	-	4, 6, 7	A, D
Envolvimento da equipa multidisciplinar na marcha terapêutica da pessoa e família.	D, C	-	4, 6, 7	A, C, D

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum*. (4<sup>a</sup> ed.). Bruxelas: Harris DPI.

Joint Quality Initiative informal group, (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Dublin: JQI.

Acedido a 04-03-2017. Disponível em

[http://paginas.fe.up.pt/~sfeyo/Docs\\_SFA\\_Bologna/120\\_Ref%20Doc\\_20041018%20%5BJQIG%20Dublin%20Descriptors%5D.pdf](http://paginas.fe.up.pt/~sfeyo/Docs_SFA_Bologna/120_Ref%20Doc_20041018%20%5BJQIG%20Dublin%20Descriptors%5D.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

**Apêndice 21.**

Registo de avaliação do estágio no serviço A, B e C

# REGISTO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO A



ANEXO 3  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

## REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio



Unidade Radioterapia Esterna

### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Boa Integração no serviço e no seu ambiente.  
Interessada, com planeamento do estágio e objetivos.  
Tere oportunidade de estágio no serviço de RT e Radioterapia,  
de encontro às suas necessidades. Assidua e comprometida  
no cumprir os objetivos de estágio clínico.

Data: 7/10/16 Orientador:

Estudante (tome conhecimento)

Orientador:

Docente:

## REGISTO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO B



ANEXO 3  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Unidade de Radioterapia [REDACTED]

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A estda integrou a equipa de enfermagem, participando activamente na prestação de cuidados à pessoa e família.

Identificou necessidades pessoais e desenvolveu estratégias comunicacionais na abordagem no âmbito de oncosexologia.

Na fase final do estágio interviu autonomamente na realização de comentários de radioterapia e oncosexologia de 1.º e 2.º ciclos, assim como no acompanhamento de doentes com radioterapia e radiouso. [REDACTED]

Avaliação de muito Bom.

Data: 24/11/2016

Estudante (também conhecimento)

Faustino de Silva Reis

Orientador:

Docente:

[Signature]

## REGISTO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO NO SERVIÇO C



ANEXO 3  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio Serviço Radioterapia - [REDACTED]

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:** - ESTÁGIO: EXCELENTE  
A ESTUDANTE ELA FREITAS AO LONGO DE TODO O ESTÁGIO REALIZANDO, RECURSOS DESenvolver  
ESTRATÉGIAS INDIVIDUAIS QUE PERMITISSEM NÃO SÓ, PLANEAR A CONSULTA DE  
URTOPROTEGNEOLOGIA COMO, SENSIBILIZAR A EQUIPA MULTIDISCIPLINAR PARA A IN-  
PORÂNCIA DA SUA IMPLEMENTAÇÃO.  
A AVALIAÇÃO DO PROJECTO EM MOMENTOS FORMATIVOS FORMAIS E INFORMAIS, PERMI-  
TIR DESenvolver COMPETÊNCIAS FUNDAMENTAIS AO SUCESSO DA REALIZAÇÃO DA  
CONSULTA.  
ACTUALMENTE, EM O MOMENTO DE FIM DO SEU PERCURSO ACADÉMICO, COURRIMO O SU-  
CESSO INDIVIDUAL DA ESTUDANTE QUE SEMPRE DEMONSTROU TOTAL ENTENHO E COMPRO-  
MISSO COM O PROJECTO E TESTEMUNHO SIMULTANEAMENTE, O IMPACTO POSITIVO QUE  
O MESMO TEM NA QUALIDADE E HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS A SETES DEENTES.

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Orientador:

Docente:

**Apêndice 22.**

Certificado de apresentação da comunicação: “O porquê de um enfermeiro na radioterapia”

1<sup>ST</sup> CHAMPALIMAUD CANCER NURSE CONFERENCE

A TECNOLOGIA AO SERVIÇO  
DA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

Fundação Champalimaud • Lisboa, Portugal  
2 e 3 de junho 2016



Organização - Fundação Champalimaud

Alexandra Belchior • Emilia Rito • Gonçalo Cabral • Susana Pedro • Patricia Cortez

Oradores

Alexandre Tomás  
Ana Paula Santos  
Ângela Correia  
António Parreira  
António Sala  
Berta Sousa  
Carlo Greco  
Catarina Sousa Guerreiro  
Celeste Alves  
Daniela Dias  
Daniela Lopes  
Diana Carvalho  
Diana Franco

Elda Freitas  
Fernanda Relveiro  
Filipa Pires  
Heather Wall  
Jaime Santos  
Janice Jones  
Joana Calhau  
Joana Miranda  
Lena Sharp  
Leonor Bastos  
Luís Rosa  
Luzia Travado  
Manuela Seixas

Maria João Cardoso  
Nuno Figueiredo  
Nuno Gil  
Rogério Matos  
Rui Costa  
Rui Parafita  
Tatiana Quaresma  
Tiago Santos  
Vânia Dias



Fundação  
Champalimaud

Localização

Centro Champalimaud, Lisboa

Programa  
2 de junho  
Tarde

14h00 3<sup>o</sup> Painel

Interdisciplinaridade na Abordagem Médica

Moderador: Gonçalo Cabral

O porquê da interdisciplinaridade

1. A interdisciplinaridade no CCC (António Parreira)
2. Fooo de ação do enfermeiro na gestão das consultas de oncologia (Vânia Dias)

Hospital de Dia de Oncologia

3. Acompanhamento permanente dos doentes submetidos a tratamento (Fernanda Relveiro)
  4. Novas modalidades de terapêutica sistémica (Joana Calhau)
  5. Regimes de tratamento em alta dose (Berta Sousa)
- Discussão

15h45 Intervalo

16h15 3<sup>o</sup> Painel (Continuação)

Interdisciplinaridade na Abordagem Médica

Moderador: Gonçalo Cabral

Radioterapia

6. Inovações em radioterapia (Carlo Greco)

7. O porquê de um enfermeiro na radioterapia?  
(Elda Freitas)

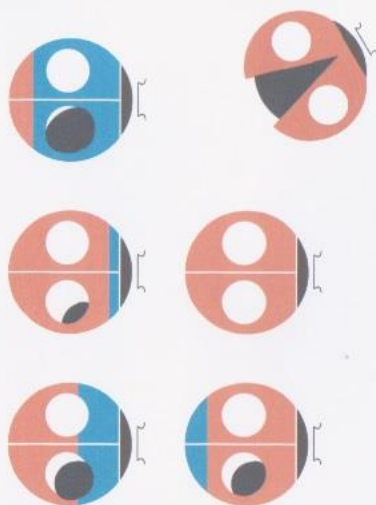
8. História de quem vê de fora (António Sala)

Radio e Quimioembolização

9. Indicações terapêuticas (Luís Rosa)
  10. Cuidados de enfermagem (Joana Miranda)
  11. Y90. O ponto de vista de um físico (Rui Parafita)
- Discussão

18h00 Encerramento (1<sup>o</sup> dia)

CF p. 3



Champalimaud  
CANCER SYMPOSIUM

CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

Elda Freitas

participou, como oradora, na "1<sup>st</sup> Champalimaud Cancer Nurse Conference:

A Tecnologia ao Serviço da Humanização dos Cuidados",

que decorreu nos dias 2 e 3 de junho de 2016, no Centro Champalimaud,

em Lisboa.

  
Alexandra Belchior

(em representação da comissão organizadora)

Lisboa, 2 e 3 de junho de 2016

  
Fundação  
Champalimaud

**Apêndice 23.**

Certificado de apresentação da comunicação: “Capacitação da pessoa submetida a radioterapia pélvica: um cuidado de enfermagem”



I CONGRESSO INTERNACIONAL  
**GESTÃO DA  
TRANSIÇÃO SEGURA**

**CERTIFICADO**

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Senhor(a)

**Eida Freitas**

Participou no I Congresso Internacional de Gestão da Transição Segura realizado nos dias 09, 10 e 11 de Novembro de 2016, como Co-autor/palestrante da comunicação livre com o tema "Capacitação da pessoa submetida a radioterapia pélvica: um cuidado de enfermagem" apresentada no dia 10 de novembro de 2016

Lisboa, 11 de Novembro de 2016

Peia Comissão organizadora

Maria José Lourenço  
Diretora de Enfermagem  
Hospital Vila Franca de Xira

