

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem ao Doente Oncológico
submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear**

Filomena da Conceição Ribeiro Costa

**Lisboa
2019**





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

Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem ao Doente Oncológico
submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear**

Filomena da Conceição Ribeiro Costa

Orientador: Professora Patrícia Vinheiras Alves

**Lisboa
2019**



AGRADECIMENTOS

Terminado este percurso cabe-me agradecer:

À Professora Patrícia Alves pela orientação e estímulo.

Aos enfermeiros orientadores pela disponibilidade e interesse.

Às equipas multidisciplinares dos serviços onde estagiei pela gentileza com que me receberam.

Às colegas pela partilha e colaboração.

À diretora do meu serviço pelo incentivo e pela ajuda.

Ao Fred pela compreensão e infinita paciência.

E por último, sabendo que para mim são sempre as primeiras, às minhas queridas filhas, Inês e Beatriz por todo o apoio, carinho, motivação e por se orgulharem da mãe, que voltou à escola, passados tantos anos.

A todos muito obrigada

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CT - Computed Tomography

DGS - Direção Geral da Saúde

EONS - European Oncology Nursing Society

ICN - International Council of Nurses

FDG - Fluorodesoxiglicose

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PET - Positron Emission Tomography

RNEHR - Rede Nacional de Especialidade Hospitalar de Referência.

TSH - Thyroid-Stimulating Hormone

RESUMO

A pessoa com doença oncológica contacta com a Medicina Nuclear nas várias fases do ciclo de doença: diagnóstico, tratamento, pós tratamento e sobrevivência. A tecnologia desconhecida, a radiação e o confronto com o diagnóstico podem ser causadores de ansiedade para a pessoa, no âmbito de uma vivência do processo de doença oncológica que, por si só, é causadora de sofrimento físico, psicossocial e espiritual. A partir da reflexão sobre a prática e da auscultação dos colegas num serviço de Medicina Nuclear, constatou-se a importância de desenvolver competências de enfermeiro especialista de forma a promover a melhoria de cuidados à pessoa submetida a exames e terapêuticas de medicina nuclear. Assim sendo, delineou-se um projeto intitulado: “Intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear”, tendo-se realizado um estágio em três serviços de Medicina Nuclear. O presente relatório constituiu-se como uma reflexão crítica, com base na literatura, do percurso efetuado durante o referido estágio, tendo sido utilizada a observação e prestação de cuidados, a reflexão sobre a prática, a pesquisa bibliográfica e elaborada uma scoping review, a construção de documentos de apoio à prática, a formação dos pares. Este percurso ancorou-se na teoria do Déficit do autocuidado de Dorothea Orem.

Destaca-se, neste percurso, a importância da intervenção de enfermagem no serviço de Medicina Nuclear no âmbito do apoio/educação aos doentes submetidos a exames e terapêuticas de medicina nuclear, com resultados de maior conforto e/ou tranquilidade. Embora num departamento de diagnóstico por imagem o contacto entre o enfermeiro e o doente possa ser descrito como uma prática de curta duração, a sua intervenção é essencial nas atividades inerentes à realização dos exames e terapêuticas, mas também na satisfação das necessidades dos doentes, na gestão da ansiedade e na promoção do conforto, reforçando a importância da presença destes profissionais nos serviços de Medicina Nuclear. Foi possível, com este percurso de formação/intervenção desenvolver competências de enfermeiro especialista da OE e EONS, de mestre e de promover a melhoria dos cuidados às pessoas com doença oncológica submetidas a procedimentos de medicina nuclear.

Palavras Chave: medicina nuclear, intervenção especializada de enfermagem, doente oncológico, apoio/educação

ABSTRACT

The person with cancer disease contacts the Nuclear Medicine in several phases of the disease cycle: diagnostic, treatment, post treatment and survival. The unknown technology, the radiation and to be faced to the diagnosis can cause anxiety to that person, as part of living a cancer disease process that, by itself, causes physical, psychosocial and spiritual pain. Reflecting on my own practise and on the knowledge of my Nuclear Medicine colleagues the importance of developing the professional specialized nursing skills were found in order to promote a healthcare improvement to those submitted to nuclear medicine examinations and treatments. Therefore, a project entitled: "Nursing intervention to cancer patient that were submitted to nuclear medicine examinations and treatments" was drawn, a traineeship took place in three different Nuclear Medicine services. This report is a critical reflexion, based on the literature and on the journey made during the traineeship, where were used the observation and healthcare supply, the reflection over practise, the bibliographic research and a scoping review preparation, the construction of support documents to practise, the pair formation. This journey was anchored in Dorothea Orem's self-care deficit theory.

On this journey, the importance of Nuclear Medicine nursing intervention stands out on the purpose of support/education to patients submitted to nuclear medicine examinations and treatments, with results of greater comfort and/or greater calm. Though in a department of diagnostic by image the contact between the nurse and the patient can be nominated as a short period practise, its intervention is crucial in the activities related to examinations and treatments accomplishment, but also on the patient needs satisfaction managing anxiety and promoting comfort, reinforcing the importance of these professional's presence in Nuclear Medicine services. With this formation/intervention journey it was possible to develop specialized nursing skills of Order of Nurses and EONS, of master and to promote the improvement of healthcare to cancer disease person submitted to nuclear medicine procedures.

Key words: nuclear medicine, specialized nursing intervention, cancer patient, support/education

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. PERCURSO DESENVOLVIDO	19
1.1. Serviço de Medicina Nuclear A.....	20
1.2. Serviço de Medicina Nuclear B.....	38
1.3. Serviço de Medicina Nuclear C.....	41
2. AVALIAÇÃO.....	51
CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57

APÊNDICES

Apêndice I – Serviço de medicina nuclear A

Apêndice II – Revisão Scoping

Apêndice III - Checklist

Apêndice IV – Fluxograma da intervenção de enfermagem no acompanhamento do doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear

Apêndice V – 1ª Reflexão crítica de aprendizagem

Apêndice VI – Serviço de medicina nuclear B

Apêndice VII – Serviço de medicina nuclear C

Apêndice VIII – Plano da sessão: Intervenção de enfermagem na preparação do doente para exames PET/CT com FDG

Apêndice IX – Normas de procedimento de enfermagem para exames

Apêndice X – Folhetos informativos para os doentes

Apêndice XI – Plano da sessão de formação (serviço de internamento)

Apêndice XII – Avaliação da sessão

Apêndice XIII – 2ª Reflexão crítica de aprendizagem

Apêndice XIV – Análise estatística

Apêndice XV – 3ª Reflexão crítica de aprendizagem

Apêndice XVI – Resumo submetido para apresentação nas jornadas

Apêndice XVII – Poster para apresentação nas jornadas de medicina nuclear

INTRODUÇÃO

Este documento foi elaborado, no contexto da Unidade Curricular Estágio com relatório do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Opção de Enfermagem Oncológica. Pretende, este relatório, expor de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência o percurso desenvolvido ao longo da implementação de um projeto de formação/intervenção com a finalidade de desenvolver competências de Enfermeira Especialista¹ em Enfermagem Médico Cirúrgica e de Mestre².

Exerço funções num serviço de Medicina Nuclear há 17 anos. Os procedimentos desta especialidade médica têm várias aplicações clínicas para além da área oncológica, no entanto, em 2017 no serviço onde trabalho, os exames pedidos pela oncologia representaram 52,95% do total de exames realizados.

O serviço, que dispõe de uma Unidade de Medicina Nuclear Convencional e de uma Unidade de Terapêutica, iniciou em 2018 diligências para a criação de uma Unidade de Tomografia por Emissão de Positrões (Unidade PET, do acrónimo inglês, “Positron Emission Tomography”) o que vai levar ao atendimento de maior número de doentes oncológicos.

A partir da reflexão sobre o acompanhamento que é feito à pessoa com doença oncológica durante os seus exames e terapêuticas, no serviço onde exerço funções e das conversas com a equipa de enfermagem, surgiu a necessidade de trabalhar a temática: intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear. A pesquisa bibliográfica sobre o tema, reforçou a importância de trabalhar a mesma, de forma a desenvolver competências de enfermeiro especialista com vista à melhoria da qualidade de cuidados prestados ao doente oncológico.

Para a Organização Mundial de Saúde, cancro é um termo genérico para um grande grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Uma característica definidora do cancro é a rápida criação de células anormais que

¹ Segundo o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, “especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem” que se traduz “num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (...) o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais” (OE, 2010, p 2).

² O grau de mestre é conferido aos que sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do primeiro ciclo, os desenvolva e aprofunde (Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, artigo 15º)

crecem além de seus limites habituais, e que podem invadir partes adjacentes do corpo ou outros órgãos, o último processo é conhecido como metástase (OMS, 2016).

O cancro é uma das doenças mais temidas nas sociedades atuais. Em Portugal, de acordo com o Programa Nacional das Doenças Oncológicas (2017), tem-se assistido, nos últimos anos, a um aumento regular da incidência desta doença, a uma taxa constante de aproximadamente 3% ao ano. Esta taxa é semelhante nos restantes países da Europa, prevendo-se que nesta região do mundo, uma em cada quatro pessoas desenvolva alguma forma de cancro durante a sua vida.

O crescente número de casos, resulta do envelhecimento da população, não só pelo aumento da esperança de vida à nascença, que em Portugal é de 81,4 anos (aumentou mais de quatro anos entre 2000 e 2015) (OCDE, 2017), como pelo aumento da taxa de sucesso no tratamento tanto do cancro como de outras patologias, aumentando a probabilidade do aparecimento de novas neoplasias.

Além destes factos, constata-se modificações dos estilos de vida das populações com impacto significativo na incidência de cancro. Para além da modificação do número de novos casos, existe também modificação na idade média dos doentes, no padrão de neoplasias e na complexidade crescente das necessidades dos doentes (DGS, 2017).

Felizmente, a possibilidade de cura ou controle do cancro tem aumentado, graças aos diversos tratamentos disponíveis. É inquestionável a importância de um diagnóstico precoce e um correto estadiamento da doença (Murta e Nomelini, 2010) para adequar o protocolo terapêutico (Giraldes, 2010) que proporcione a melhor probabilidade de sobrevivência e também a melhor qualidade de vida ao doente oncológico. Tanto na deteção como no follow-up são utilizados vários meios complementares de diagnóstico, nomeadamente métodos de imagem. Nestes se inclui a Medicina Nuclear, cujos procedimentos são transversais às várias fases da doença oncológica (Duarte, 2011).

A Medicina Nuclear é uma especialidade médica que emprega materiais radioativos com finalidade terapêutica (Sherry, 2000), de diagnóstico por imagem (Hogg e Lawson, 2015) e de auxiliar alguns procedimentos cirúrgicos (cirurgia radioguiada). Estas substâncias radioativas a que chamamos radiofármacos são compostas habitualmente por uma molécula análoga às existentes no organismo, e por um isótopo radioativo. Embora o nome possa sugerir o contrário, os radiofármacos não têm qualquer ação farmacológica, são administrados principalmente por via intravenosa, mas também podem sê-lo por via oral, inalatória, subcutânea, intratecal

ou intraperitoneal e apresentam distribuição para órgãos ou tipos celulares específicos (Fischbach e Dunning, 2016).

No campo da Medicina Nuclear Convencional, a distribuição dos radiofármacos no organismo, determina o estudo fisiológico do mesmo (Sharp, Gemmell e Murray, 2005) o que é conseguido a partir de imagens bidimensionais (planares) ou tomográficas (SPECT), adquiridas num equipamento denominado gamacâmara. Os exames obtidos são cintigrafias e proporcionam o estudo do comportamento metabólico e da função de órgãos como coração, rins, fígado, pulmões, tireoide, cérebro e ossos que podem ser analisados, sem recorrer a métodos invasivos.

A avaliação funcional realizada pela medicina nuclear traz, muitas vezes, informações diagnósticas de forma precoce em diferentes patologias. Essas alterações podem ser detetadas quando ainda não há mudanças significativas na anatomia e mesmo antes dos sintomas aparecerem, conferindo à cintigrafia elevada sensibilidade diagnóstica e promovendo melhores hipóteses de tratamento efetivo (Abdelhamid, 2006).

Já na Tomografia por Emissão de Positrões, a PET-CT com 18F-Fluorodesoxiglicose (18F-FDG) conquistou um lugar preponderante em oncologia (Lynch, 2007; Hogg e Lawson, 2015) no que se refere ao estadiamento inicial, restadiamento, apreciação da resposta à terapêutica e no seguimento dos doentes, assumindo grande importância para a decisão clínica, sendo o procedimento de imagem mais acurado na diferenciação entre recorrência e alterações pós-terapia (Nguyen, Akduman e Osman, 2008).

As células tumorais apresentam uma elevada taxa de glicólise em comparação com os tecidos normais. Após a administração do fármaco emissor de positrões, o 18 F-FDG por ser um análogo radioativo da glicose substitui-a no interior das células possibilitando a deteção e a localização precisa de uma lesão neoplásica em atividade ou de um foco infeccioso, pois existindo maior consumo de glicose, é maior a fixação do radiofármaco (Taylor, Keller e Maybody, 2016). Para a realização deste procedimento, não só é necessária a administração intravenosa do radiofármaco, como é necessária preparação prévia do doente com jejum, restrição de exercício físico e controle da glicemia capilar. (Nguyen, et al., 2008). A intervenção do enfermeiro é transversal a todo o processo, antes, durante e após os procedimentos.

Sendo a administração terapêutica uma competência do enfermeiro, bem como o

ensino ao doente e a manutenção das funções vitais,³ considero pertinente a presença destes profissionais nos serviços. Em Portugal, à semelhança do que acontece noutros países, existem Serviços de Medicina Nuclear que não incluem enfermeiros na equipa multidisciplinar (Vijayakumar, Briscoe e Vijayakumar, 2006). De acordo com o documento orientador para a Especialidade Hospitalar e de Referenciação, um Serviço de Medicina Nuclear deverá integrar pelo menos: Médico(s) de Medicina Nuclear; Técnico(s) de Diagnóstico e Terapêutica de Medicina Nuclear; Especialista(s) em Física Médica e Farmacêutico(s). O Dec. Lei nº 180/2002, artigo 20º⁴ estabelece a necessidade de pessoal de enfermagem no caso de as valências o exigirem, pelo que há uma recomendação no caso de terapêuticas de medicina nuclear que exijam internamento⁵. Parece redutora esta visão da lei dando a entender que a intervenção de enfermagem apenas se justifica nestes casos, desvalorizando a preparação, acompanhamento e ensino ao doente submetido a outros procedimentos de medicina nuclear.

Esta especialidade médica não se esgota no apoio que presta no domínio da oncologia, uma vez que assume muitas outras aplicações clínicas. No entanto é cada vez maior a utilização da Medicina Nuclear para acompanhamento da pessoa com doença oncológica e dada a minha área de interesse, foram os doentes oncológicos adultos que tomei como foco na elaboração deste trabalho. De acordo com o documento emanado pela Rede de Referenciação de Medicina Nuclear (2011) as aplicações diagnósticas de medicina nuclear mais relevantes na área oncológica são as cintigrafias ósseas para deteção precoce de metastização óssea. A cirurgia radioguiada, pelo seu papel fundamental no estadiamento do melanoma maligno da pele e do carcinoma da mama, através da deteção de gânglio sentinela e a Tomografia por Emissores de Positrões no estadiamento, restadiamento e avaliação de eficácia terapêutica. Por este motivo, doentes oncológicos submetidos a estes três exames de diagnóstico foram contemplados na elaboração do trabalho. O mesmo documento refere na área terapêutica, o tratamento do carcinoma diferenciado da tiroideia e a palição da dor óssea metastática, mas devido à escassez de terapêuticas de medicina nuclear no período a que se refere este relatório, apenas foram incluídas

³ Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, Artigo 9.º

⁴ DR Nº 182/2002. Série I-A de 2002-08-08

⁵ “no que diz respeito a terapêuticas de internamento, para melhor gestão de recursos, nomeadamente de pessoal de enfermagem (...) as enfermarias de Medicina Nuclear, ainda que obedecendo a todos os requisitos de radioprotecção, deverão estar localizadas na proximidade de outras Unidades de Internamento, para permitir a otimização de recursos humanos” (RNEHR, 2016, p. 37).

terapêuticas com iodo 131.

Em Portugal, a Medicina Nuclear começou a dar os primeiros passos na década de cinquenta do século passado. Após o seu reconhecimento como especialidade médica autónoma na União Europeia em 1989, a especialidade cresceu por toda a Europa, verificando-se em 1998, a existência de 18 centros de Medicina Nuclear no nosso país. Desde então a tecnologia de imagens médicas e técnicas têm evoluído muito com melhorias acentuadas no diagnóstico e acompanhamento do cancro, especialmente a Tomografia por Emissão de Positrões (Pifarré, 2011). Em Portugal o primeiro estudo PET foi realizado no Porto, em outubro de 2002. No entanto, a Medicina Nuclear parece ser na generalidade uma especialidade desconhecida do público. Mesmo os profissionais de saúde de outras áreas, não estão familiarizados com os procedimentos pelo que num primeiro contacto os doentes demonstram pouca informação (Higgins e Hogg, 2002). Para a realização de procedimentos terapêuticos e de diagnóstico, são usadas fontes radioativas não seladas o que significa que a radiação não está confinada aos equipamentos, mas que é administrada aos doentes tornando-os emissores de radiação. Estes procedimentos parecem gerar alguma confusão e palavras como “nuclear” e “radiação”, podem induzir ansiedade nos doentes (Sherry, 2000). A radiação ionizante é a radiação que possui energia suficiente para ionizar átomos e moléculas, podendo causar dano às células e afetar material genético. Os princípios básicos da segurança radiológica encontram-se transcritos no Decreto-Lei nº 108/2018, determinando a justificação, otimização e limitação das doses individuais.

A educação é uma intervenção fundamental do enfermeiro, estando sempre presente ao longo do percurso de doença do doente oncológico. Benner (2001), defende que educar e guiar é uma das competências dos enfermeiros, pois quando “avisam os doentes sobre o que devem esperar, corrigem as más interpretações e fornecem explicações (...) tornam familiar aquilo que assusta ou que é estranho ao doente” (p. 103). A sua finalidade é ajudar as pessoas a obterem ferramentas que as tornem autónomas e responsáveis pelo seu bem-estar (Phaneuf, 2005).

Na vivência de um processo de doença oncológica, a pessoa vive momentos de grande sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Na minha prática diária, deparo-me com a dor física dos doentes, no cumprimento das condições para a realização dos exames, especialmente em fases mais avançadas da doença. Mas, em qualquer fase do ciclo da doença, constato uma grande evidência da dor emocional. A realização dos exames de diagnóstico por imagem, significam muitas

vezes, para o doente oncológico, momentos de preocupação, dúvida, tristeza, angústia, ansiedade e medo.

O diagnóstico de cancro tem geralmente um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, segundo Solana (2005) impõe a quem o enfrenta, uma grande ameaça e confronta a pessoa com a sua vulnerabilidade, a incerteza sobre a evolução da doença, a sobrevivência e o medo da morte. Junto com o diagnóstico de um tumor maligno, o doente carrega consigo, a ansiedade e a depressão, mas também a vontade de viver (Leite, 2007). Apesar de atualmente haver possibilidade de cura para muitas neoplasias, para alguns doentes esta doença continua a ser sinónimo de morte, acreditando que nada do que possam fazer irá alterar um desfecho fatal (Landeiro, 2011). Introduzindo um dilema entre a vida e a morte, a doença oncológica, impõe à pessoa um processo adaptativo, não só para encarar o diagnóstico e tratamentos, mas todo o processo de doença, complexo devido às alterações físicas e emocionais a ela associadas. De acordo com o The National Comprehensive Cancer Network (2013), sintomas como a dor, fadiga, anorexia, vômitos/náuseas, alopecia, irritabilidade, ansiedade, tristeza, revolta e angústia, são frequentemente associados a situações de doença neoplásica e aos tratamentos invasivos como cirurgia, quimioterapia e radioterapia a que os doentes são sujeitos. As possíveis mudanças corporais e a reação dos outros, a alteração dos papéis na dinâmica familiar, a impossibilidade de desempenhar a sua atividade laboral, levam a preocupações familiares, profissionais e económicas e geram nos doentes sentimentos de insegurança face ao futuro e medos relativos a dependência, limitando a sua interação social (Patrão, 2007). Perante o impacto físico e emocional que a doença oncológica tem na vida das pessoas, justifica-se uma atenção e assistência diferenciadas na prestação dos cuidados de enfermagem, a estes doentes (Leite, 2007; Silva, 2008). No período de pós-tratamento e de sobrevivência, o cancro continua a gerar sentimentos de insegurança perante a possibilidade de fracasso no controlo da doença ou reincidência neoplásica (Simon, 2012; Teodoro, 2013).

Os doentes oncológicos contactam com a Medicina Nuclear nas várias fases do ciclo de doença: diagnóstico, tratamento, pós tratamento e sobrevivência. Na vivência do seu processo de doença, o contato com a tecnologia desconhecida, a radiação, o confronto com o diagnóstico ou a alteração da abordagem terapêutica podem ser causadores de medo e ansiedade para a pessoa (Munn e Jordan, 2011; Pifarré, Simó, Gispert, Pallarés, Plaza e Martinez-Miralles, 2011; Abreu, Grilo, Lucena e Carolino, 2017). Por isso, nestes serviços é importante que os enfermeiros informem sobre

proteção e segurança radiológica, tranquilizando e educando o doente e família acerca dos efeitos de exposição a radiações (Sherry 2000; Vijayakumar et al, 2006). O desconhecimento pode tornar a experiência mais stressante. As informações e explicações sobre os procedimentos, são fundamentais, pois estes não sendo complexos, implicam por vezes mudar de roupa, aguardar longos períodos pela biodistribuição dos isótopos radioativos no organismo, ou abster-se do contacto social por horas ou dias. Através do ensino, o enfermeiro aumenta a compreensão do doente e família, permite a tomada de decisão e a redução da ansiedade (Hogg e Lawson, 2015). Na realização de exames e terapêuticas de Medicina Nuclear, é importante a intervenção de enfermagem na promoção do conforto emocional dos doentes, proporcionado um ambiente tranquilo e criando um clima de confiança que permita à pessoa libertar a sua tensão (Phaneuf, 2001).

Para Souza e Santo, (2007) é tão difícil para o doente como para a família enfrentar o cancro. A família é considerada a unidade básica de desenvolvimento pessoal, habitualmente constituída por indivíduos unidos por laços de sangue, atinge na atualidade, fruto das modificações sociais que têm ocorrido, um conceito mais abrangente. Com base nos relacionamentos afetivos, a família contemporânea é uma agregação social que assume as funções de proteção e socialização dos seus membros (Monteiro, 2010). Perante uma doença oncológica a família é acometida por uma diversidade de sentimentos na convivência com o seu familiar doente, por isso é necessário que se reconheça que tanto familiares como doentes estão sujeitos a passar pelos mesmos sentimentos como o medo do desconhecido e a sensação de impotência (Souza e Santo, 2007). Para Boff (1999), todos os seres vivos necessitam de cuidado. A família tem um papel fundamental na manutenção da saúde física e mental do individuo (Fallon, 2003). Por isso a enfermagem insere a família no acompanhamento ao doente e torna-a alvo de cuidados (Vicenzi, 2013). Embora nos serviços de Medicina Nuclear só em casos excepcionais seja permitida a permanência de acompanhantes junto dos doentes durante os procedimentos e aquisição de imagens, por razões de proteção radiológica, é importante que a equipa de enfermagem contemple a singularidade do doente e família na prestação de cuidados, respondendo satisfatoriamente às necessidades individuais e promovendo uma assistência humanizada (Machado, Ouro e Santana, 2015).

No serviço de Medicina Nuclear, onde trabalho, os doentes chegam para realização de exames e tratamentos em regime de ambulatório ou de internamento (na própria ou noutra instituição). Os doentes em ambulatório, após receção no

secretariado, são atendidos pelo médico de medicina nuclear, que recolhe a informação clínica pertinente de acordo com o procedimento a realizar, sendo posteriormente encaminhados para a sala de espera no interior do serviço. Habitualmente o primeiro contacto entre o enfermeiro e o doente estabelece-se no momento destinado à administração do radiofármaco. Os doentes internados na própria instituição ou em outras, ou que, mesmo vindo do domicílio em regime de ambulatório, chegam transportados em maca, entram por outra porta, diretamente no serviço, sem passar no secretariado, sendo o enfermeiro o primeiro a receber o doente.

Phaneuf (2005), defende que é o primeiro encontro entre o enfermeiro e o cliente que determina o desenvolvimento de todo o atendimento. Na maioria dos casos, no Serviço de Medicina Nuclear o encontro não só é único como é breve, mas de acordo com a autora, mais do que a duração importa a qualidade do contacto, pois é primordial para o conhecimento da pessoa. Geralmente não dispomos de informação prévia acerca dos doentes, só quando estão internados na instituição podemos consultar antecipadamente o processo clínico. Neste contacto, o enfermeiro faz a apreciação do doente para conhecer as suas condições individuais. Orem (2001) defende que, o primeiro passo para a sistematização da assistência de enfermagem é a identificação das necessidades e a apreciação das limitações e/ou habilidades para o autocuidado.

Segundo Orem (2001) o autocuidado consiste na prática de atividades que os indivíduos iniciam e desenvolvem em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Para a mesma autora, os requisitos universais do autocuidado são comuns a todos os indivíduos e estão relacionados à integridade e ao funcionamento humano. Nomeadamente a suficiente inalação de ar, ingestão de água e de alimentos; cuidados associados à eliminação e excreção; equilíbrio entre atividade e repouso, entre solidão e interação social; prevenção de riscos à vida e promoção do bem-estar e da normalidade.

Quando os indivíduos enfrentam situações de doença, lesão ou incapacidade, são as características do desvio de saúde que determinam as necessidades de cuidados. Situações patológicas, enfraquecem ou limitam as capacidades do indivíduo em executar as medidas para controlar, gerir e regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento (Orem, 2001). É o que pode acontecer no decurso de uma doença crónica, como é o caso da doença oncológica, em que os requisitos de autocuidado surgem tanto da condição patológica como das medidas usadas no diagnóstico ou

tratamento da doença (Orem, 2001). Nestas situações podemos estar perante um défice de autocuidado, que “é um termo que exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades de cuidado (...) quando expresso em termos de limitações de ação (...) fornece orientações para a seleção das intervenções de enfermagem que o auxiliem” (Tomey e Alligood, 2004, p. 218).

Quando existe um défice de autocuidado, assume-se a necessidade de cuidados de enfermagem, sendo da responsabilidade do enfermeiro implementar os métodos de ajuda adequados para ultrapassar e/ou compensar as limitações (Orem, 2001).

No contexto de uma doença oncológica, a doença ou os seus sintomas, diminuem a capacidade do doente em executar o seu autocuidado, pelo que carecem de intervenção de enfermagem na promoção do conforto físico, mas de acordo com a minha experiência, sei que, no Serviço de Medicina Nuclear, muitas vezes a necessidade de cuidados de enfermagem se refere também à promoção do conforto emocional perante o medo ou ansiedade que o doente experimenta face ao desconhecido, à situação de doença e à imprevisibilidade da sua evolução.

Orem, identificou três sistemas de enfermagem com a finalidade de dar resposta aos requisitos de autocuidado. O sistema totalmente compensatório, em que a pessoa é totalmente dependente para desenvolver as ações de autocuidado. O sistema parcialmente compensatório quando a enfermeira e a pessoa alvo de cuidados, participam na ação de autocuidado e o sistema de apoio-educação em que o indivíduo pode e deve desempenhar as ações para o autocuidado, mas necessita que lhe sejam fornecidos apoio e educação para o fazer. O papel do enfermeiro é promover a pessoa como agente do autocuidado (Orem, 2001) capacitando o doente e família na preparação para os procedimentos de Medicina Nuclear (Rezapour, 2010).

O autocuidado é o foco e o resultado da intervenção de enfermagem. Ao instituir atividades que favoreçam a aprendizagem dos indivíduos para gerir a doença e promover a saúde, os enfermeiros aumentam as capacidades e as habilidades das pessoas e potenciam o seu bem-estar (Hogg e Lawson, 2015), porque o autocuidado deve ser aprendido e deliberadamente praticado em conformidade com os requisitos individuais (Orem, 2001).

Identificadas as necessidades dos doentes, os enfermeiros devem fazer uso, dos métodos de ajuda, que permitem agir ou fazer por, guiar e orientar, prestar apoio físico e emocional, promover um ambiente propício e ensinar (Orem 2001). Agem para compensar o défice de autocuidado e executar os procedimentos necessários à realização dos tratamentos e exames. Por tudo isto pareceu-me fazer sentido ancorar

este projeto no referencial teórico de Dorothea Orem, a Teoria do Déficit do Autocuidado de Enfermagem (Orem 2001).

No serviço em que trabalho a equipa é multidisciplinar e os profissionais articulam-se entre si para rentabilizar os tempos de atividade perante a grande quantidade de exames a realizar em que é estipulado um tempo específico e restrito para a sua execução. As substâncias radioativas utilizadas, têm muitas vezes semivida curta, o que confere urgência na administração do radiofármaco. Da mesma forma, a aquisição ideal de imagens, após a sua administração situa-se numa janela temporal que é necessário respeitar para garantir a melhor qualidade do exame. Neste contexto a humanização dos cuidados torna-se, por vezes, um processo complexo que depende grandemente da comunicação entre os vários profissionais e que exige flexibilidade do profissional de enfermagem para atender o doente nas suas necessidades sem comprometer a fluidez dos procedimentos (Rezapour, 2010). Embora para Sales, Oliveira, Spirandelli e Cândido (2010) a competência do enfermeiro em Medicina Nuclear, se destaque nas funções de planear, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em doentes submetidos à radiação ionizante, a sua atuação continua a ser vista, de forma redutora, como unicamente relacionada à administração de substâncias radioativas para procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Áreas onde se realizam meios complementares de diagnóstico que atuam com equipamentos de alta tecnologia, são tendencialmente vistas como locais em que se desempenha um trabalho rotineiro, mecanizado e pouco humanizado (Duarte e Noro, 2013). Estes departamentos podem mostrar-se pouco apelativos e até um pouco inóspitos para a prática da enfermagem, mas segundo Collière (1999), a existência de uma profissão justifica-se na prestação de um serviço necessário à população e no caso da enfermagem o reconhecimento dos cuidados implica que os enfermeiros demonstrem “que os cuidados de enfermagem são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço esse que não é coberto por outros grupos profissionais” (Collière, 1999, p. 284). Os cuidados de enfermagem podem permitir ultrapassar uma etapa ou acompanhar nos momentos difíceis (Collière, 2001), o que acontece no Serviço de Medicina Nuclear onde os doentes oncológicos mostram vulnerabilidade e/ou sofrimento físico e emocional (Machado, et al, 2015), justificando-se a presença e a intervenção de enfermagem.

A equipa em que me insiro é composta por três enfermeiras, é uma equipa estável

que se mantem há cerca de dez anos, integrada numa equipa multidisciplinar composta por vinte cinco elementos. Constatamos que, como defendem Loken, Steine e Laerum (1999), neste ambiente altamente tecnológico em que a rapidez de procedimentos se impõe, o trabalho está tão orientado para o resultado que as habilidades tecnológicas se sobrepõem às habilidades de cuidado. Apesar de a equipa de enfermagem estar ciente do papel que desempenha nesta unidade, pondo ao dispor dos doentes as suas aptidões pessoais e habilidades técnicas, reconhece que por vezes é difícil evidenciar perante a equipa multidisciplinar, a necessidade de cuidados de enfermagem para responder às necessidades dos doentes relacionadas com o autocuidado, nomeadamente ensino, apoio físico e emocional (Oliveira e Moreira, 2009). Os registos de enfermagem não são um método eficaz para evidenciar os cuidados prestados aos doentes, pois o programa informático em uso no serviço, SiiMA Medicina Nuclear, sendo um programa de gestão de serviços clínicos que gere todo o fluxo de trabalho de exames e tratamentos efetuados no serviço de Medicina Nuclear (desde a admissão do doente até à emissão do relatório médico), apenas contempla o registo dos procedimentos técnicos necessários à realização dos exames como, dados antropométricos, preparação adequada, sinais vitais, punção venosa, glicémia capilar, administração de fármacos e radiofármacos, o que dificulta a visibilidade dos cuidados prestados e a justificação das intervenções de enfermagem. Para Collière (2001, pág. 193) “explicitar o contributo vital e terapêutico dos cuidados continua a ser uma dificuldade importante para as enfermeiras” e “a fraqueza ou a precariedade da argumentação contribui para a depreciação dos cuidados e assim, para o sentimento de desânimo e de desvalorização das enfermeiras”. A carga de trabalho e a falta de reconhecimento da importância do aspeto relacional, são dificuldades vividas pelos enfermeiros ao longo da trajetória profissional (Benner, 2001). Considero-me uma enfermeira experiente e por isso sei reconhecer as características de uma situação em mudança. Os “novos ventos” motivaram-me a sair da minha zona de conforto, numa tentativa de crescer e evoluir e a minha intenção é dar uma resposta satisfatória e competente. Por isso, convicta de que no departamento de Medicina Nuclear, apesar do contacto ser de curta duração, a intervenção de enfermagem ao doente oncológico, vai para além das atividades técnicas inerentes à realização dos exames e terapêuticas, iniciei este percurso académico, com a finalidade de desenvolver competências que contribuam para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico no serviço onde exerço funções, nomeadamente aos doentes, futuros utilizadores da

nova Unidade de Tomografia por Emissão de Positrões a inaugurar brevemente.

Assim, elaborei este projeto de formação/intervenção que implicou realizar estágio em três serviços de Medicina Nuclear. Este relatório pretende analisar de forma reflexiva e crítica o percurso realizado e tem como objetivos apresentar as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, destacar as competências comuns de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa desenvolvidas e refletir sobre as experiências que permitiram a aprendizagem.

Este relatório encontra-se dividido em dois capítulos. Após a introdução, o primeiro capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos, nos quais estão descritas as atividades realizadas em cada um dos locais onde decorreu o estágio. No segundo capítulo é feita a avaliação do percurso de desenvolvimento de competências, terminando com breves conclusões e perspetiva do trabalho futuro. A intenção da estrutura apresentada é de que o documento seja de fácil leitura, conciso e apresente uma sequência lógica.

1. PERCURSO DESENVOLVIDO

Com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente oncológico na realização de exames e terapêuticas de medicina nuclear e de desenvolver competências de enfermagem especializada na área de enfermagem médico-cirúrgica, na intervenção de enfermagem oncológica, desenvolvi este trabalho que foi suportado por uma metodologia de projeto.

A metodologia de projeto surge ligada à investigação, mas não se baseia apenas na investigação do problema, estabelecendo uma relação dinâmica entre a teoria e a prática possibilitando ser interveniente e agir para uma resolução eficaz do problema (Freitas, 2010).

Um projeto é “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Freitas, 2010 p. 4). Partindo da identificação das necessidades são propostos os objetivos e planeadas as ações, escolhidas as estratégias e mobilizados os recursos que permitam alcançar os resultados desejados (Freitas, 2010).

A prática clínica e os problemas que dela decorrem são um bom ponto de partida para a reflexão e a partilha a desenvolver num projeto de aprendizagem. No caso deste percurso, que é de formação em contexto clínico, transportar o que se aprende para o local de prestação de cuidados resulta em benefício para o profissional e para o doente (Carvalho, 1996).

Para o desenvolvimento do projeto foram definidos três serviços de Medicina Nuclear como locais de estágio, que designei de A, B e C. A Medicina Nuclear é uma área bastante restrita, pelo que esta experiência foi vista como uma distinta oportunidade de aprendizagem no contacto com outros serviços e outros profissionais da área. Pretendia-se que os dois primeiros campos de estágio permitissem a identificação das intervenções de enfermagem, a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências que possibilitassem uma melhor prestação de cuidados de enfermagem aos doentes oncológicos submetidos a exames e terapêuticas de medicina nuclear que pudessem ser adaptadas no último local de estágio que é o serviço onde desempenho funções.

Ao longo do percurso foi efetuada pesquisa bibliográfica sobre a temática e scoping review, observação da prática, formação aos colegas, construídos documentos de apoio à prática, reflexão sobre a prática e prestados cuidados.

Serão apresentados neste capítulo os locais de estágio bem como os objetivos gerais e específicos delineados para cada um, uma análise crítica das atividades desenvolvidas e os resultados obtidos, tendo por base a evidência científica. Será feita referência às competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção de enfermagem oncológica que foi possível desenvolver em cada um dos contextos e as competências de Mestre em Enfermagem referidas no Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março.

Neste relatório, respeitando a Lei da proteção de dados pessoais (Lei nº 67/98 de 26 de outubro; Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de outubro de 1995), será mantido o anonimato das pessoas e instituições envolvidas. No início de cada interação, apresentava-me e solicitava o consentimento informado respeitando a autonomia da pessoa.

1.1. Serviço de Medicina Nuclear A

O primeiro local onde realizei estágio, foi um Serviço de Medicina Nuclear que se insere numa instituição de saúde de Lisboa. A escolha deste serviço prendeu-se com as condições necessárias para a realização de estágio, nomeadamente por proporcionar experiência em todas as valências de medicina nuclear e especialmente por dispor de equipa de enfermagem. São dez os enfermeiros que compõem a equipa que, para além da enfermeira chefe, conta com uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente de enfermagem oncológica. Considerei tratar-se de um local válido para a realização deste percurso, e muito relevante para o desenvolvimento de competências. Assim, de 24 de setembro a 16 de novembro com o objetivo geral de **desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear** realizei estágio neste serviço. Comecei por reunir com a enfermeira chefe do serviço e com a enfermeira orientadora clínica para apresentação do projeto; posteriormente à medida que fui conhecendo os restantes elementos da equipa de enfermagem, tive oportunidade de, com cada um, trocar impressões e informalmente ir apresentando os objetivos inerentes à realização deste estágio, o que me levou ao primeiro objetivo específico, **integrar a equipa**. Desenvolvi também atividades como consulta de normas e protocolos, observação da dinâmica do serviço e da articulação da equipa

de enfermagem entre si e com a restante equipa multidisciplinar. Foi elaborado documento sobre a equipa e o serviço de Medicina Nuclear A (Apêndice I).

Como segundo objetivo específico determinei **identificar as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear**, tendo começado por observar a prática nas três valências de Medicina Nuclear (Terapêuticas, Medicina Nuclear Convencional e PET) e posteriormente passei a participar na prestação de cuidados. Alcançar este objetivo implicou suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (OE, 2010). Foi iniciada antecipadamente pesquisa bibliográfica na área da intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear, o que se revelou uma tarefa difícil pela pouca evidência científica encontrada. Durante todo o período de estágio foi mantida e alargada a pesquisa no sentido de aprofundar conhecimentos na área de interesse, pelo que considero ter ido ao encontro da aquisição de competências de mestre pelo desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos no primeiro ciclo de estudos.

Da mesma forma considero ter desenvolvido competências como enfermeira especialista em oncologia ao realizar pesquisa baseada na evidência que foi mobilizada nos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica como é preconizado pela EONS (2013).

Aprofundar o conhecimento teórico, implicou pesquisa alargada em livros, artigos, teses de mestrado, teses de doutoramento, Google Scholar, Pubmed e nas bases da CINAHL e MEDLINE, acedidas através da plataforma agregadora de bases de dados EBSCO. Sempre na busca de evidência científica que desse suporte a este trabalho, realizei, ao longo do percurso, uma revisão *scoping*, que teve como ponto de partida, a questão: Quais as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear? Que apresento no Apêndice II.

A realização desta pesquisa deu subsídios para a elaboração de uma checklist sobre as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear. Esta checklist foi construída a partir da literatura consultada, da observação/participação na prática de cuidados e da minha experiência profissional de 17 anos, nesta área. Pretendendo ser abrangente na intervenção de enfermagem, a checklist acabou por ser composta de duas partes distintas. A primeira parte da checklist, é uma lista de verificação, que contempla a apreciação e preparação do doente e que guiou a minha prática no cumprimento das

atividades necessárias para a realização dos procedimentos de medicina nuclear. A segunda parte apresenta a intervenção de enfermagem, de acordo com os três sistemas de enfermagem de Orem (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio/educação), no que concerne à assistência no autocuidado na promoção do conforto físico (no controle respiratório, nutricional/hidratação, mobilidade e eliminação) à assistência no autocuidado na promoção do conforto psicológico (redução da ansiedade e educação) e permitiu-me anotar as intervenções de enfermagem e as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para responder às necessidades dos doentes, bem como a avaliação da intervenção. A checklist foi validada pela enfermeira orientadora clínica e solicitados os seus contributos na sua construção (Apêndice III). Esta checklist ajudou não só na observação e identificação das intervenções de enfermagem, mas também proporcionou uma prática refletida, o treino de competências, a aprendizagem em contexto prático. e a análise dos resultados, pois segundo Doran (2011) estes são uma importante fonte de evidência no que se refere à eficácia dos cuidados de enfermagem. Como o registo na checklist ocorreu ao longo dos três contextos de estágio, optei por fazer a análise dos dados no fim de todos os registos, pelo que a sua apresentação, neste relatório, foi remetida para o último subcapítulo. As intervenções de enfermagem identificadas, no contacto com o doente oncológico sujeito a exames e terapêuticas de medicina nuclear, serão abordadas ao longo do relatório.

Três unidades distintas compõem este Serviço de Medicina Nuclear. A Unidade Funcional de Terapêutica, a Unidade Funcional de Medicina Nuclear Convencional e a Unidade Funcional de Tomografia por Emissão de Positrões.

Qualquer que seja a área em que se desenvolve o trabalho de enfermagem, é requerido um encontro entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (Phaneuf, 2005). Neste Serviço de Medicina Nuclear o doente é atendido/acolhido na recentemente criada Consulta de Enfermagem. Esta é uma atividade específica do enfermeiro, dado que é uma intervenção que visa a realização de uma avaliação e o estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, 2011). Na consulta de enfermagem, o enfermeiro faz registos utilizando o sistema SClinico. Esta foi a primeira oportunidade que tive de tomar contacto com os registos informáticos no processo do doente, uma vez que no meu local de trabalho apenas procedo a registos em notas gerais quando os doentes estão internados na instituição. Apesar de não ser muito prático, pois neste serviço, os enfermeiros, duplicam os registos, em

SiiMA e em SClinico, considero que fundamentar, justificar e sustentar as intervenções de enfermagem, é uma forma de lhes dar visibilidade.

Na Unidade Funcional de Terapêutica são realizadas terapêuticas com recurso à administração de radiofármacos. As terapêuticas de medicina nuclear são uma forma de radioterapia interna, na qual a radiação é colocada junto do local a tratar utilizando um vetor de transporte com especificidade para o tecido em causa (assemelhando-se a uma “radioterapia interna”, a sua função é tratar por destruição celular, preservando os tecidos saudáveis).

Nesta Unidade, tive oportunidade de acompanhar 4 doentes oncológicos, que após tiroidectomia, realizaram terapêutica com iodo 131, substância radioativa que pela sua emissão condiciona a necessidade de internamento. Pretende-se com este tratamento, destruir tecido tumoral que não foi possível retirar durante a cirurgia⁶. Carece de preparação que se inicia com a antecedência de várias semanas. O tratamento é pedido pelo Serviço de Endocrinologia e agendado pelo Serviço de Medicina Nuclear. Na consulta de enfermagem, o enfermeiro explica a preparação que deve ser feita, nomeadamente dieta pobre em iodo e abstenção de uso de produtos contendo esta substância (esta restrição é muito importante para que as células da tiroide captem o iodo radioativo de forma mais eficaz). É entregue ao doente uma lista detalhada de substâncias/alimentos a evitar, informação acerca do protocolo terapêutico, detalhes acerca do internamento e esclarecimentos acerca da terapêutica com iodo radioativo. Neste documento são dadas respostas às questões mais comuns, nomeadamente as restrições de contacto social no período após o internamento⁷ e fornecidos os contactos do serviço, caso surja qualquer dúvida. O doente é avisado de que deve deslocar-se ao Serviço de Medicina Nuclear nos dois dias anteriores ao início do internamento para realização de colheitas para análises e administração de terapêutica. É necessário excluir a possibilidade de uma possível

⁶ O carcinoma da tiroide é um tumor maligno relativamente raro, que afeta com maior frequência o sexo feminino. É o tumor endócrino mais frequente, mas também o que tem maior probabilidade de cura. O tratamento é cirúrgico, tiroidectomia parcial ou total (Simon, 2012). A administração de iodo radioativo para ablação de restos tiroideus está indicada em doentes de alto risco e pode ser efetuada após administração de TSH recombinante (DGS, norma nº 017/ 2013).

⁷ Terminado o período de isolamento no serviço de medicina nuclear, é avaliada a radiação remanescente, com um Geiger gasoso. Este determina o restante período de radioproteção, no domicílio, que pode estender-se até dez dias. Neste período o doente deve abster-se do contacto com outras pessoas, apenas podendo estar acompanhado durante um período máximo de 30 minutos por dia, observando uma distância de dois metros. Evitar completamente o contacto com grávidas e crianças com menos de 10 anos.

gravidez (em indivíduos do sexo feminino) e fazer a administração intramuscular de TSH (hormona estimulante da tireoide). Este procedimento aumenta a eficácia do tratamento com iodo 131 e possibilita que não seja suspensa a terapêutica habitual do doente, evitando assim os sintomas de hipotireoidismo (Simon, 2012).

Perto da data do início do tratamento, o enfermeiro do Serviço de Medicina Nuclear procede à recolha de informação no processo clínico e contata o doente telefonicamente para reforçar a informação e esclarecer dúvidas.

No dia marcado para o tratamento o doente é recebido na sala de enfermagem, podendo estar acompanhado pelos familiares, se assim o desejar. É efetuada a apreciação do doente, aferidos os conhecimentos que este detém sobre os procedimentos e feitos todos os esclarecimentos necessários. A porta é fechada promovendo um ambiente privado que propicie a colocação de dúvidas, receios ou preocupações. A pessoa é informada de todos os efeitos assessorios possíveis após a toma de cápsula terapêutica⁸, das estratégias para os diminuir e das possibilidades farmacológicas para colmatar algum desconforto, sendo incentivado a denunciar qualquer sintomatologia. De seguida a pessoa é conduzida ao quarto de isolamento terapêutico, onde são feitas todas as explicações, circuito de roupas, alimentação, uso das instalações sanitárias, etc. Este tratamento consiste na toma de uma cápsula de iodo radioativo, por via oral, calibrada com a dose de radiação indicada a cada situação. Segundo, Oliveira e Moreira (2009), a assistência de enfermagem, nestas situações, representa um grande desafio, porque, por questões de radioproteção, reduz o tempo de cuidado direto ao doente, ao mínimo possível. A pessoa fica isolada no seu quarto pelo período necessário (24 ou 48 horas, conforme a dose de radiação administrada), vigiada através de camara (que consente) e o contato será feito por telefone interno sempre que necessário, pode também ser usada a campainha. É assegurado ao doente que, não obstante estar em isolamento será assistido sem reservas e que deverá chamar sempre que necessário.

Percebi como a gestão dos cuidados de enfermagem a estes doentes influencia a forma como a pessoa enfrenta o período de isolamento. O enfermeiro, ao mostrar a sua disponibilidade para atender as necessidades do doente e não só o comprometimento com as técnicas e normas padronizadas, transmite segurança e garante uma assistência humanizada.

⁸ Os efeitos colaterais, que podem incluir náusea, dor de cabeça, vômitos e tonturas. Os doentes também devem ser instruídos a relatar reações de hipersensibilidade, tais como erupção cutânea, prurido, rubor ou dificuldades respiratórias (Simon, 2012).

Desconforto, insegurança e ansiedade, podem ser sentidos pela pessoa que permanece 24 ou 48 horas isolada, num ambiente estranho. A assistência efetiva de enfermagem a estes doentes, implica o estabelecimento e manutenção de uma relação de proximidade, que deve ser iniciada tão precocemente quanto possível (Oliveira e Moreira, 2009), tal como constatei acontecer nesta Unidade de Terapêutica.

A terapêutica com iodo radioativo é uma das situações em que o doente oncológico se vê perante a necessidade de cumprir protocolos terapêuticos, os quais por sua vez estão na origem de requisitos específicos de autocuidado relacionados com o desvio de saúde. Para Orem (2001) estes prendem-se com a execução das terapêuticas médicas prescritas e com a regulação dos efeitos indesejáveis das terapêuticas instituídas. O papel de educador do enfermeiro reveste-se da maior importância pois permite consciencializar o doente no que respeita ao seu autocuidado. Fornecendo informação, permite que o doente seja parte ativa no processo saúde-doença e corresponsável pelo sucesso do seu tratamento (Silva e Silva, 2003). No sistema de apoio-educação, o enfermeiro desempenha as funções de apoio, orientação e educação que permitem à pessoa a aprendizagem de medidas de autocuidado terapêutico que lhe permitirão tomar decisões relativas ao autocuidado, melhorar o resultado e a experiência (Hogg e Lawson, 2015). Vijayakumar, et al (2006), defendem que os enfermeiros com experiência em oncologia são os que estão melhor preparados para conduzir o doente neste processo.

O contacto com doentes oncológicos a realizar terapêutica com iodo 131, propiciaram aprofundar conhecimentos e desenvolver competências em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente de enfermagem oncológica. Prestar cuidados nesta Unidade de Terapêutica permitiu-me conhecer melhor os doentes, identificar o impacto da doença oncológica e as necessidades alteradas, adequando os cuidados de forma personalizada. Estabelecendo relações terapêuticas e de confiança com os doentes, baseadas na relação de ajuda, foi possível promover a adesão ao tratamento radioativo e a capacitação para o autocuidado. O estabelecimento desta relação com a pessoa alvo dos cuidados é essencial para que se desenvolva o processo de cuidados de enfermagem (Orem, 2001).

Prestar cuidados ao doente oncológico na Unidade Funcional de Terapêutica desta instituição de saúde, proporcionou-me uma experiência distinta da minha prática diária, o que me permitiu adquirir competências de enfermeiro especialista em

oncologia (EONS, 2013) pela aplicação da evidência pesquisada no que diz respeito à intervenção de enfermagem na gestão de cuidados da pessoa afetada pela doença oncológica, trabalho de parceria no controle dos efeitos resultantes dos tratamentos e prestação de cuidados de acordo com as necessidades e preferências do doente. Foram demonstradas competências nos domínios de competências comuns, ao desenvolver uma prática profissional e ética, baseada em válidos padrões do conhecimento, respeitando os direitos humanos, mantendo um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2010), bem como competências específicas ao cuidar da pessoa com doença crónica, estabelecendo uma relação terapêutica, diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar (OE, 2011).

Na Unidade Funcional de Medicina Nuclear Convencional são realizados exames de imagem com recurso a equipamento de Gama-câmara. Em todos os exames é administrado ao doente um radiofármaco, que varia de acordo com a indicação do exame e o órgão ou sistema em estudo. Estes exames são estudos funcionais e as imagens obtidas traduzem a fisiologia ou fisiopatologia dos órgãos ou sistemas em estudo. Embora numa dimensão diferente, esta realidade é aquela com que tenho contacto no meu dia a dia. Nesta unidade tive oportunidade de acompanhar 12 doentes oncológicos que realizaram cintigrafia óssea.

Certas neoplasias têm a capacidade de metastizar seletivamente para órgãos específicos e de neles desenvolver um tumor secundário distante do tumor inicial. Em certos tipos de neoplasia como mama e próstata, por exemplo, o osso é um dos alvos para as células metastáticas se fixarem. Conhecer o padrão de distribuição anatómica das imagens metastáticas detetadas numa cintigrafia óssea, além de ajudar na identificação do processo maligno, influencia o prognóstico do doente e a sua qualidade de vida (Mendes, 2012).

A cintigrafia óssea é o método mais usado para detetar metástases ósseas. Tem a vantagem de ser um procedimento minimamente invasivo, consistindo na administração de um radiofármaco numa veia periférica, possibilitando o rastreio de todo o corpo num único exame (Mendes, 2012).

Na Unidade Funcional de Tomografia de Emissão de Positrões são realizados exames de imagem com recurso a equipamento de Tomógrafo de Positrões. Em todos os exames é administrado ao doente um radiofármaco, por via intravenosa. Os exames de Tomografia de Emissão de Positrões são estudos funcionais metabólicos e as imagens obtidas traduzem o metabolismo ou alterações metabólicas dos órgãos, sistemas e tumores em estudo. Os 120 doentes oncológicos que acompanhei nesta

unidade realizaram Tomografia por Emissão de Positrões com 18F-FDG.

Incidia sobre esta área de medicina nuclear o meu maior interesse uma vez que me era desconhecida e iriam iniciar-se estes exames no meu local de trabalho.

Nestas unidades, o contacto enfermeiro-doente desenrola-se em ritmo acelerado devido às características especiais das substâncias utilizadas, que são produzidas num ciclotrão⁹. Em Portugal, só existem unidades com ciclotrão em Coimbra e no Porto, que suportam as necessidades de várias unidades PET. Os radiofármacos têm semivida curta, no caso do 18F-FDG, o radiofármaco mais utilizado nos exames de oncologia, o tempo de semi-desintegração é de aproximadamente 110 minutos. A produtividade de um Tomógrafo PET, encontra-se, assim condicionada, pela distância ao ciclotrão e pela atividade máxima autorizada no processo de transporte, o que limita o número de exames e aumenta o seu custo.

A falta de tempo pode comprometer a assistência de enfermagem ao doente oncológico. Ao observar e participar na prestação de cuidados, nesta unidade, pude perceber como o enfermeiro tem que otimizar o tempo, para responder aos objetivos institucionais, nomeadamente no que concerne à rentabilização dos radiofármacos e atender os doentes de forma holística e humanizada. Pretendo que esta aprendizagem seja útil, quando no meu local de trabalho, for inaugurada a unidade PET.

Segundo Phaneuf (2005) no encontro entre o enfermeiro e o doente, são os primeiros minutos que determinam o clima do resto do encontro. Idealmente a enfermeira deve preparar-se antecipadamente, informando-se e consultando o processo clínico, contudo no contacto com o doente que, em regime de ambulatório, se desloca às Unidades de Medicina Nuclear Convencional e de PET, esta informação não está previamente disponível. Isto significa que as intervenções individualizadas se desenvolvem em tempo real não podendo ser determinadas previamente (Suhonen, Valimaki e Leino-Kilpi, 2008). Assim, “o principal instrumento de que a enfermeira dispõe para realizar uma entrevista, é ela própria, com a sua sensibilidade, a sua perspicácia, a sua capacidade de observação e de contacto caloroso com a pessoa” (Phaneuf, 2005 p.256). Ao chamar o doente pelo seu nome, a enfermeira deve também adotar uma atitude calorosa.

⁹ Um ciclotrão é um acelerador de partículas utilizado para produção de radionuclídeos artificiais que podem ser utilizados em Tomografia por Emissão de Positrões. A produção dos radionuclídeos nos ciclotrões é conseguida através de reações nucleares entre estas partículas aceleradas e um material escolhido de acordo com o objetivo.

Os cuidados devem manifestar-se em atitudes de respeito, que valorizem e dignifiquem a pessoa (Leite, 2007). “Evocar o nome de alguém (...) chamar pelo seu nome, é uma forma de respeitar, de mostrar consideração” (Haas, 2004, p.105). Ao mesmo tempo, conferir apropriadamente a identidade da pessoa antes de iniciar os procedimentos, assegura que as exigências de qualidade para a segurança do doente são observadas (Fischbach e Dunning, 2016).

Brask e Birkelund (2014) referem que, muitas vezes, quando o profissional de saúde chama o doente na sala de espera, não tem informação sobre se este pode andar, se desloca em cadeira de rodas ou se encontra acamado. Orem (2001) defende que no primeiro contato com as pessoas que estão sob os cuidados de enfermagem, as enfermeiras devem procurar evidência do estado de saúde, por exemplo: habilidade para controlar a posição ou movimentos no espaço, debilidade, doença e deficiência sensorial. Os fundamentos dos cuidados seguros exigem uma avaliação/conhecimento do doente e eventual modificação da assistência conforme o caso, de forma a tranquilizar e dar apoio ao doente e seus familiares (Fischbach e Dunning, 2016). McCormack e McCance (2006) argumentam que os cuidados centrados na pessoa exigem a individualização das intervenções. Esta abordagem individual exige privacidade e respeito, proporcionar o direito de escolha e a autonomia na tomada de decisão. O respeito pela dignidade do indivíduo reflete considerações éticas básicas. Conhecendo as expectativas dos doentes e garantindo que estes têm o direito de consentir ou recusar tratamentos e exames complementares, ou solicitar outras opiniões, o profissional de saúde age como seu defensor (Fischbach e Dunning, 2016). O consentimento informado pressupõe que no exercício da sua prática profissional o enfermeiro tem o dever de informação¹⁰. Assim, não só expliquei os procedimentos de enfermagem, como me apresentei a todos os doentes solicitando consentimento para lhes prestar cuidados.

Independentemente do contexto, o exercício da enfermagem pressupõe um processo de interação enfermeiro/doente (Simões e Simões, 2007). O enfermeiro inicia uma conversa de caráter profissional com o objetivo de colher dados, determinar necessidades, transmitir informação e promover apoio (Phaneuf, 2005). Embora não

¹⁰ No respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; Artigo 105.º Código deontológico dos enfermeiros. (OE, 2015)

esteja preconizada a implementação formal de planos de cuidados, nestas unidades em que o contacto enfermeiro/doente é de curta duração, a apreciação do doente permite planear os cuidados de enfermagem. Mesmo nas situações em que a rapidez se impõe, como é o caso da administração dos radiofármacos, o enfermeiro graças à experiência e aos reflexos adquiridos, ao desempenhar as técnicas necessárias “será capaz, simultaneamente, de registar mil coisas que o ajudarão no seu diagnóstico” (Petit, 2004, p.97). À medida que a interação com a pessoa avança, é possível obter informação acerca do estado de desenvolvimento, estado de saúde, condições e estilo de vida; determinar os requisitos de autocuidado e a adequação da agência de autocuidado (Orem, 2001). A identificação das necessidades do doente, a definição de objetivos, a seleção de estratégias e a avaliação dos resultados, sustentam as intervenções de enfermagem que se definem como ações realizadas em resposta a um diagnóstico de Enfermagem de modo a originar um resultado de Enfermagem (ICN 2011). Assim, a identificação do défice de autocuidado levou ao registo (na checklist) das intervenções dos enfermeiros para o colmatar, pois a forma como se desenrola a prática de enfermagem nestas unidades faz com que nem sempre seja possível planear estes momentos, sendo necessário que o enfermeiro tenha capacidade para gerir no imediato as estratégias que permitam dar resposta às necessidades das pessoas.

As intervenções de enfermagem que identifiquei adiante advêm da observação que fiz da prática e/ou da minha participação no cuidado à pessoa com doença oncológica em situação de realização de exames ou terapêuticas de medicina nuclear. Apesar de os dados recolhidos, só virem a ser trabalhados mais tarde, desde logo a intervenção de enfermagem no âmbito do apoio/educação ao doente, se evidenciou.

Assim, constatei a necessidade de informação sobre os exames, principalmente quando se tratava de uma primeira vez. Os doentes referiam desconhecimento, pois apenas tinham sido informados sobre a preparação. Alguns admitiram ter pesquisado na internet, mas segundo Fischbach e Dunning (2016), apesar de milhões de adultos usarem a internet para obter informações relativas à saúde, nem sempre as informações obtidas por este meio, são confiáveis, verificando-se a necessidade de informar os doentes sobre os exames e procedimentos diagnósticos. Sem conhecimento não há escolha nem autonomia, por isso, um dos objetivos dos profissionais de enfermagem é apoiar a aplicação do conhecimento em situações da vida real que são importantes para os doentes e uma componente essencial dos cuidados em caso de doença crónica (Coleman e Newton, 2005). No seu papel de

educador o enfermeiro deve compreender o que a pessoa deseja saber, ser concreto na informação fornecida, encorajar o doente a colocar as suas dúvidas, preocupações, interpretar a sua comunicação verbal e não verbal e estar atento ao fator emocional subjacente (Riley, 2004; Stefanelli, 2005; Phaneuf, 2005). Verifiquei que, na realização de terapêuticas e exames, a intervenção de educação ao doente e família esteve presente em grande parte das interações, indo ao encontro da literatura consultada, onde é apontada como um cuidado fundamental.

Comunicar consiste em exprimir-se e deixar que o outro o faça. Segundo Querido, Salazar e Neto (2016), mais de 75% da comunicação faz-se com base nos aspetos não verbais, assim nas interações com os doentes o enfermeiro apercebe-se de emoções que deve aprender a reconhecer (Phaneuf, 2005). Munn e Jordan (2014) defendem que doentes submetidos a exames de medicina nuclear podem sentir medo, ansiedade e claustrofobia. Estes sentimentos podem ocorrer devido à natureza confinada dos equipamentos, ao volume e proximidade dos aparelhos utilizados para a realização das imagens, ou motivados pelo medo dos efeitos da radiação desencadeados pela palavra “nuclear”. Abreu et al (2016) referem que é frequente o doente oncológico sofrer de stress emocional no decurso da sua doença, podendo sentir as imagens médicas como uma ameaça, causadora de medo e ansiedade, ao confirmarem um diagnóstico ou determinarem diferentes abordagens terapêuticas. De facto, a ansiedade foi identificada em muitas das interações com os doentes oncológicos que realizavam exames e terapêuticas de medicina nuclear. Embora a sua perceção possa ser subjetiva, a ansiedade é, de acordo com a definição apresentada na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), uma emoção negativa caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (ICN, 2011). McCormack e McCance, (2010) defendem que o papel do enfermeiro é estar presente e oferecer suporte, salientando-se a intervenção de enfermagem, na promoção do conforto emocional dos doentes, o que implica a implementação de medidas de ajuda tendo por base um sistema de enfermagem educativo e de apoio (Orem, 2001).

Cada pessoa é um ser único, individual, com características próprias. Visando o estabelecimento de uma relação de ajuda com o doente, cabe ao enfermeiro selecionar as estratégias que se afigurem mais adequadas. Assim, constatei com agrado a utilização do humor terapêutico como forma de desbloquear a comunicação. Para Phaneuf (2005), o humor não está descrito como uma habilidade clássica no estabelecimento de uma relação de ajuda, no entanto, é uma faculdade extraordinária

para aliviar a tensão em situações de stress e ansiedade. Porque muitos doentes se encontram em situação de sofrimento, solidão e tristeza, esta é uma forma de lhes proporcionar um olhar mais positivo sobre a vida. Riley (2004, p.204) refere que “ser capaz de rir numa situação difícil, alivia temporariamente o medo e a preocupação” Naturalmente, dada a natureza pessoal do humor, é indispensável ter sensibilidade para apreciar a receptividade do outro, pois pretende-se um “humor positivo, construtivo e empático” (Riley, 2004, p. 205) que promova o relacionamento (José, 2002). Receio que o humor não seja uma das minhas qualidades, por isso, assisti com admiração à sua utilização na interação com os doentes, por parte de um colega que, com jovialidade e grande sentido de oportunidade, conseguiu fazer aparecer sorrisos em faces tristes e preocupadas, trazendo à relação, o que Phaneuf (2005) chama “uma lufada de ar fresco”.

As pessoas necessitam da esperança para viver. Uma atitude positiva por parte do enfermeiro pode quebrar o estado de sofrimento do doente e inverter a maneira penosa de encarar a vida, avivando a sua coragem. A comunicação da esperança também não é vista como uma habilidade clássica para a implementação da relação de ajuda, no entanto ela traduz um sentimento de confiança em relação às capacidades de resiliência do doente, permitindo-lhe adotar também uma postura mais positiva perante a situação. A esperança realista atua como um bálsamo e propicia alívio à pessoa, perante uma doença crónica. Sem antecipar inutilmente uma perspectiva de cura, é possível comunicar a esperança de um melhor bem-estar (Phaneuf, 2005). Palavras de encorajamento, foram utilizadas pelos enfermeiros, na interação com os doentes oncológicos, indo ao encontro do verdadeiro sentido dos cuidados de enfermagem, ajudar a vida a renascer e a prosseguir (Collière, 1999).

Apesar de os procedimentos de medicina nuclear serem apresentados como minimamente invasivos, para a sua realização é quase sempre necessário puncionar uma veia periférica. Numa situação de doença oncológica que obriga a vários tratamentos, esta afeção física pode gerar medo e ansiedade. Com o objetivo de eliminar, diminuir a intensidade ou aumentar a tolerância à dor, de modo a manter o doente confortável (OE, 2008), a distração pode ser entendida como uma intervenção não farmacológica, que permite diminuir a atenção prestada à dor provocada pelo procedimento, ao libertar o cérebro do seu condicionante, porque “a dor capta e monopoliza a atenção e inclui uma interrupção de todas as atividades que não estejam diretamente relacionadas com o alívio da mesma” (Wall, 2007, p.75). Tocar, conversar sobre um tema de interesse ou estimular a pessoa a focar a sua atenção na

respiração, são estratégias utilizadas pelos enfermeiros para distrair o doente de um procedimento que lhe causa ansiedade (Eler e Jaques, 2006). Esta foi uma intervenção muito utilizada pelos enfermeiros (e que se mostrou eficaz) para minimizar o desconforto dos doentes,

O toque é uma das estratégias de comunicação que pode levar a maior proximidade e faz parte integrante da relação entre o enfermeiro e a pessoa que é cuidada. A intenção do seu uso pode pretender uma distração tátil, captar a atenção do outro ou mostrar à pessoa que estamos atentos, solidários e partilhamos o seu sofrimento (Phaneuf, 2005; Querido, et al., 2016). O toque terapêutico é o toque afetuoso que reforça a presença do enfermeiro junto do doente e que é apropriado no contacto com quem sofre ou está ansioso. Tocar intencionalmente a mão, o braço ou o ombro comporta um significado não verbal intenso, superior à força das palavras. “É sobretudo nos momentos de forte emotividade que o tocar se torna mais precioso (...) quando a mão da enfermeira se estende para a pessoa doente para lhe testemunhar a sua compreensão, as palavras tornam-se por vezes mesmo inúteis” (Phaneuf, 2005, p.45).

“A intervenção da enfermeira consiste em fazer exprimir a pessoa sobre as suas frustrações, a sua dor, as limitações que lhe causa a sua doença e sobre os medos” (Phaneuf, 2005, p.392). Quando os sentimentos são passíveis de colocar em palavras, compete ao enfermeiro mostrar que a pessoa não está só e que está ali para a ajudar. Escutar ativamente o doente é um sinal de disponibilidade e demonstra preocupação com o seu bem-estar e conforto. A escuta ativa não pressupõe uma atitude passiva por parte do enfermeiro, é um método de comunicação, que associado ao desejo de compreender o outro, favorece o estabelecimento da relação de ajuda. Esta relação, desenvolvida habitualmente em contextos de grande carga emocional, vai para além da intenção do enfermeiro, de conferir um carácter humanista aos cuidados prestados. Assente no respeito, na aceitação e na empatia, a relação de ajuda possui um carácter terapêutico (Phaneuf, 2005). Apesar da pressa imposta à realização dos procedimentos, escutar, foi uma intervenção observada e praticada na interação com o doente oncológico.

A empatia é nos nossos dias uma palavra muito usada em contextos variados. Habitualmente dizemos que estamos a ser empáticos quando nos colocamos no lugar do outro ou presumimos saber o que é estar no seu lugar. No entanto, segundo Riley (2004), a empatia, é o comportamento de comunicação mais complexo. Visando um sentimento de compreensão profunda, que promova o conforto do doente que sofre,

a empatia é o cerne da relação de ajuda, podendo até ser sinónimo da própria relação de ajuda (Phaneuf, 2005). O profissional ao perceber a dificuldade da pessoa ajudada, “entra no seu universo” para saber como ela a vive e levar-lhe o conforto de que ela necessita, sem, contudo, viver ele próprio as suas emoções (Phaneuf, 2005). A compreensão empática é “a capacidade de o profissional conseguir pôr-se na “pele” do outro, ver o mundo do outro com o olhar do outro, tentar ver o que o outro vê, mas com um aspeto extremamente importante, que é nunca perder a noção de que ele não é o outro” (Pinto, 2014, p.66). Expressar a empatia sentida, nem sempre assume uma forma óbvia, mas é essencial para que o outro se sinta compreendido, assim ela pode ser expressa por concordância verbal, por um sorriso de cumplicidade ou pelo toque intencional.

Este local de estágio revelou-se rico quer na quantidade quer na qualidade dos contactos estabelecidos com doentes oncológicos, submetidos a exames e terapêuticas de medicina nuclear. A checklist, foi aplicada em 136 interações.

As intervenções de enfermagem identificadas nas interações com doentes oncológicos submetidos a exames e terapêuticas de medicina nuclear, deram origem ao fluxograma da intervenção de enfermagem (Apêndice IV) que foi submetido à apreciação da enfermeira orientadora e posteriormente com o seu aval, apresentado a toda a equipa de enfermagem na sessão intitulada: Intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear, que abordarei adiante.

Como resultado das observações feitas e das experiências vividas na prática, evidenciou-se a importância das competências de comunicação na intervenção de enfermagem a estes doentes. Assim, elaborei uma reflexão crítica de aprendizagem, referente a uma situação real de prestação de cuidados (Apêndice V). Esta reflexão centrou-se numa situação que assisti em que o doente não queria fazer o exame e estava muito irritado. A enfermeira usando diversas estratégias de comunicação, conduziu o processo de forma a recuperar a confiança do doente e a promover o seu bem-estar. Esta análise crítica, foi elaborada com base na literatura e na minha experiência. A situação descrita, ajudou-me a compreender a importância da intervenção de enfermagem para aumentar a compreensão, reduzir a ansiedade, permitir a tomada de decisão, melhorar a qualidade do processo, o resultado e a experiência do doente (Hogg e Lawson, 2015). Considerei este episódio como um verdadeiro exercício de comunicação e apercebi-me de como estas competências são fundamentais para assistir o doente oncológico.

Porque é fundamental refletir para a construção do conhecimento, os momentos de reflexão foram individuais, mas também em conjunto com a enfermeira orientadora clínica, pois os supervisores atuam como conselheiros (Alarcão e Tavares, 2013), tornando as situações da prática em momentos de aprendizagem. Futuramente, perante situações como a descrita, pretendo mostrar as capacidades adquiridas e gerir a minha atuação profissional, no sentido da aceitação da pessoa, única na sua história de vida, experiência, desejos e preocupações.

Durante as oito semanas em que decorreu o estágio tive oportunidade de observar e participar nos cuidados prestados aos doentes oncológicos, nas três valências que compõem este serviço. Considero que esta oportunidade foi relevante para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências na área oncológica, enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico cirúrgica na vertente de enfermagem oncológica. Neste contexto considero ter desenvolvido competências comuns de enfermeiro especialista, preconizadas pela ordem dos enfermeiros, ao desenvolver uma prática profissional e ética no campo de intervenção, uma prática segura, profissional e ética e a utilização de habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2010), competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, pois prestei cuidados a pessoas com doença crónica, diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar e conforto (OE, 2015), competências de comunicação preconizadas pela EONS (2013) e de mestre ao desenvolver e aprofundar conhecimentos, aplicando-os em situações novas e não familiares.

Stefanelli (2005) considera a comunicação como uma das componentes centrais da área da saúde, mas a sua importância não se esgota na interação enfermeiro/doente. Manifesta-se na transmissão da informação, fundamental para o trabalho em equipa e para garantir a continuidade dos cuidados aos doentes (Pereira, 2005). Nas relações de trabalho, comunicar eficazmente, aumenta a coesão da equipa multidisciplinar (Riley, 2004). Constatei um relacionamento cordial entre a equipa de enfermagem e a equipa de técnicos de diagnóstico e terapêutica na articulação e complementaridade das suas funções para a realização dos procedimentos necessários à realização dos exames, no entanto, é constante a pressão que estes últimos exercem, condicionando a intervenção de enfermagem ao conferirem à administração dos radiofármacos a urgência que eu já conhecia, mas que se intensifica exponencialmente, na realização de exames PET/CT. Uma dessas

situações ficou-me na memória. Uma mulher, cerca de 40 anos, que vinha realizar uma tomografia por emissão de positrões. Confirmada a identidade e feita a apreciação da doente, não sendo a primeira vez que realizava um exame destes, considerava-se esclarecida sobre os procedimentos, no entanto sentia nela alguma inquietação. Confirmada a preparação e excluída a possibilidade de gravidez, foi puncionada uma veia periférica e avaliada a glicémia capilar. Seguiu-se um período de repouso de cerca de trinta minutos até à administração endovenosa do radiofármaco e mais sessenta minutos, recostada num cadeirão em ambiente tranquilo e aquecido (estas condições são fundamentais para a adequada biodistribuição do radiofármaco). Sentindo o seu nervosismo, toquei-lhe levemente no braço, imediatamente os olhos se encheram de lágrimas. Percebendo que chorava, acompanhei-a até ao cadeirão e ajudei a que se acomodasse confortavelmente. Sentei-me na cadeira junto ao cadeirão e ela entre soluços disse: “tenho um mieloma (...) indolente há quatro anos (...) agora parece que acordou (...) estou com tanto medo (...) este exame pode ser a minha sentença!” Não fiz nada para além de a ouvir, pensei que ao estar presente lhe manifestava o meu apoio e lhe proporcionava algum conforto ..., fiquei por pouco tempo pois rapidamente se fez sentir a presença de outro profissional de saúde, preocupado com o eventual atraso na administração do radiofármaco. Apercebendo-se, a doente esboçou um sorriso triste e disse “obrigada sr^a enfermeira, já me sinto melhor!”

A tecnologia assume, hoje em dia, um papel muito importante no diagnóstico e tratamento dos doentes oncológicos, mas ela representa um meio e não um fim em si própria (Riley, 2004). Os cuidados de enfermagem são focalizados na pessoa, não na tecnologia (Bernardo, 1998 citado por Riley, 2004, p.35). Para o enfermeiro, o que verdadeiramente importa é estar presente, compreender a perspetiva do doente e respeitar a sua dignidade e autodeterminação (Riley, 2004). Embora possa compreender as razões, que segundo Hussey, Mulcahy, Schnyer e Schneider (2012), incluem uma utilização eficaz dos recursos de saúde, uma vez que se trata de exames dispendiosos, a verdade é que coloca os profissionais perante um clima de tensão entre um serviço eficaz e um serviço que responda às necessidades e expectativas dos doentes (Brask e Birkelund, 2014). Por outro lado, é perceptível que as estratégias que os enfermeiros empregam para promover o conforto emocional dos doentes são frequentemente desvalorizadas face às técnicas, como punção venosa e administração de fármacos e radiofármacos. Transparecendo, na equipa multidisciplinar, uma perspetiva biomédica na prestação de cuidados, ao evidenciar a

vertente física e as tarefas visíveis (Pearson e Vaughan, 1992). De facto, os enfermeiros têm mais facilidade em justificar as intervenções que promovem o conforto físico do que as que promovem o conforto emocional dos doentes, mas observo que são principalmente estes profissionais que conseguem assegurar um ambiente humanizado no serviço.

Neste contexto, integrar a equipa de enfermagem, proporcionou o desenvolvimento de competências, ao identificar quais os diferentes papéis, funções e responsabilidades de um enfermeiro a prestar cuidados a pessoas com doença oncológica, para responder com efetividade às suas necessidades (EONS, 2013), possibilitou-me atuar eficazmente sob pressão, desenvolver o auto-conhecimento, a assertividade, e outras competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, reconhecendo a sua importância no estabelecimento e manutenção das relações multiprofissionais (OE, 2010).

A equipa de enfermagem é muito empenhada no seu desempenho profissional e percebe-se, entre os seus elementos, um bom espírito de colaboração e entreatajuda. Senti-me muito bem recebida, o que facilitou a minha integração na equipa, a troca de experiências e a reflexão. A apresentação da sessão “Intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear”, em que partilhei com as colegas as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear identificadas e os resultados obtidos da pesquisa bibliográfica efetuada sobre a temática, foi um desses momentos. A sessão foi assistida por 7 dos 10 enfermeiros do serviço, o que cumpre os 70% a que me tinha proposto, sendo que 2 dos elementos da equipa se encontravam fora. Um por atestado médico e outro por férias. Feita a avaliação da sessão, relativa ao interesse do tema, clareza da exposição e relação com os participantes, todos os enfermeiros presentes (100%), classificaram os três itens no nível máximo, o que confere à sessão a classificação de muito bom.

Apesar da identificação de tantas intervenções de enfermagem, para além da administração de radiofármacos, verifico que é difícil evidenciá-las perante a equipa multidisciplinar. Partilhei com a equipa que na consulta de documentos, para dar resposta ao primeiro objetivo específico deste estágio, tomei conhecimento do regulamento interno do serviço, revisto em maio de 2018 (documento preparado, verificado e aprovado pela direção do mesmo), onde na descrição das funções dos profissionais consta que: “Nas unidades funcionais de medicina nuclear convencional e de tomografia por emissão de positrões, a colaboração dos enfermeiros é centrada

principalmente na administração dos radiofármacos para a realização dos exames ou na colocação de acessos endovenosos para posterior administração dos radiofármacos”. Argumentando que as intervenções dos enfermeiros são autónomas¹¹ e interdependentes¹², e sendo autónomas as intervenções de ensino e apoio ao doente, identificadas, manifestei a minha estranheza sobre a relevância atribuída à administração terapêutica, que é uma intervenção interdependente. Sendo que a equipa de enfermagem não conhecia o documento e que todos os enfermeiros presentes consideraram esta descrição das funções de enfermagem extremamente redutora e desadequada, logo se programaram medidas para solicitar a correção do referido documento, pois ele não reflete a realidade nem traduz o desempenho dos enfermeiros, nestas unidades. Esta situação permitiu-me desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional ao participar na construção da tomada de decisão em equipa (OE, 2010). Ainda nesta sessão, dado que se constata a escassez de evidência científica referente ao tema e por sugestão da orientadora de estágio, que esteve presente, ficou “no ar” a possibilidade de futuramente se conciliarem os esforços das equipas de enfermagem dos dois serviços de Medicina Nuclear no sentido da produção de conhecimento nesta área.

Independentemente das condicionantes inerentes aos locais de prestação de cuidados, pude constatar que, nesta unidade de saúde, o doente/família é atendido com a máxima consideração e respeito por todos os elementos da equipa de enfermagem. É visível a empatia na construção da relação de confiança enfermeiro/doente e os cuidados prestados visam a excelência e a satisfação das necessidades das pessoas a quem os prestam. As intervenções de enfermagem identificadas vêm ao encontro da literatura onde se salienta a orientação individualizada do doente, a preparação adequada, a obtenção do consentimento, o apoio físico/emocional e a comunicação efetiva como intervenções essenciais para se obterem os resultados desejados (Fischbach e Dunning, 2016).

Terminado este estágio considero atingidos os objetivos a que me propus.

¹¹ Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (Decreto-Lei n.º 161/96 artigo 9º)

¹² Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 9º)

1.2. Serviço de Medicina Nuclear B

O segundo local onde realizei estágio foi um Serviço de Medicina Nuclear que se insere numa instituição de saúde do Porto. A escolha deste serviço prendeu-se com o facto de proporcionar experiência relevante na valência de Tomografia por Emissão de Positrões e especialmente por dispor de equipa de enfermagem. Assim, de 19 a 23 de novembro, com o objetivo geral de **desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames PET**, realizei estágio neste serviço. A equipa multidisciplinar recebeu-me muito amavelmente, o que facilitou a observação da dinâmica do serviço e a leitura de documentos do serviço, proporcionando-me responder ao objetivo específico de **descrever a dinâmica organizacional e funcional do serviço de Medicina Nuclear**, sobre o qual elaborei um texto que apresento no apêndice VI. Os enfermeiros que exercem funções neste Serviço de Medicina Nuclear, pertencem ao Departamento de Imagem da instituição, isto significa que prestam cuidados aos doentes, nas diferentes valências deste departamento como radiologia de intervenção, mamografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, ultrassonografia, tomografia por emissão de positrões e medicina nuclear. Apesar de não conhecer antecipadamente esta realidade, ela encontra-se descrita na literatura consultada, onde estes enfermeiros são designados como enfermeiros de radiologia (Goodhart e Page, 2007). Assegurar a assistência de enfermagem aos doentes, em todas as valências dos meios complementares de diagnóstico, nomeadamente no que concerne à realização de procedimentos de diagnóstico por imagem, parece-me extraordinariamente importante pois estes profissionais são essenciais na prestação de cuidados seguros e estão envolvidos em todos os aspetos da prestação de cuidados, ao doente e família (Taylor, et al, 2017).

O segundo objetivo específico, neste estágio, consistia em **identificar as intervenções de enfermagem na preparação do doente sujeito a PET**. Assim, observei a intervenção de enfermagem ao doente submetido a exames PET e apliquei a checklist previamente elaborada na intervenção de enfermagem a 30 doentes submetidos a estes exames. Os registos serão trabalhados no conjunto dos três contextos de estágio, sendo a análise dos dados, apresentada no último subcapítulo deste relatório.

Pude constatar que, de uma forma geral, os doentes mostravam estar informados

acerca dos exames que vinham realizar. Foi-me dito que os médicos prescritores da instituição podem aceder informaticamente às agendas de medicina nuclear, pelo que o doente sai da consulta, com o exame já marcado, possibilitando aos enfermeiros da respetiva consulta, fornecerem a informação e fazerem o ensino ao doente, referentes ao exame a realizar. Na interação com os doentes que realizavam exames PET, neste serviço, percebi que estavam mais informados do que os doentes com quem tive contacto anteriormente, e que, ao estarem mais informados, se mostravam mais tranquilos. Comecei a ponderar, a melhor forma, de no meu local de trabalho, fazer chegar a informação aos doentes, antes da realização dos exames. Apesar de considerar que a informação fornecida antecipadamente é uma mais valia para os doentes, esta não impede as manifestações de ansiedade perante a situação oncológica ou o receio dos procedimentos a realizar, o que implica a atenção do enfermeiro na identificação das necessidades dos doentes e o seu apoio para proporcionar conforto físico e emocional.

Segundo Orem (2001), incluem-se nas técnicas de ajuda válidas, o apoio, a orientação, o ensino e o favorecimento de um ambiente propício ao desenvolvimento. O repouso e tranquilidade dos doentes, no período que antecede a aquisição das imagens, são importantes para a boa qualidade dos exames e para o bem-estar das pessoas. Neste serviço, que foi recentemente alvo de obras de ampliação, todo o ambiente envolvente do doente, desde a cor das paredes, a temperatura, a intensidade da luz, foi pensado para o proporcionar. Existem 10 espaços individualizados para acomodação dos doentes. Cada um destes espaços, conta com um cadeirão reclinável e com um armário, onde os doentes podem guardar os respetivos pertences. Cabe ao assistente operacional chamar o doente na sala de espera e indicar-lhe o espaço que lhe está destinado. O enfermeiro, desloca-se junto do doente para conferir a identidade e realizar os procedimentos necessários. Considerei o espaço físico e os circuitos muito adequados e gostaria de transportar as condições observadas para o meu serviço de origem. Percebendo a importância que o ambiente envolvente, assume na privacidade e conforto físico e emocional dos doentes e sabendo que não vão acontecer obras estruturais no meu serviço, logo comecei a pensar no circuito dos doentes e na melhor forma de adaptar as condições físicas, para lhes proporcionar a melhor estadia possível.

Sabendo da proximidade do ciclotrão, imaginei ingenuamente, que nesta unidade PET, a administração dos radiofármacos, se processasse de forma mais tranquila. Enganei-me! Dispondo de um Tomógrafo PET/CT de última geração, que possibilita

a aquisição de mais de trinta exames PET diariamente, é ainda mais evidente a pressão, tendo em vista a rentabilização dos meios disponíveis. Observar a dinâmica da equipa multidisciplinar, fez-me perceber que esta pressão é uma realidade que devemos integrar na prestação de cuidados aos doentes oncológicos que realizam exames PET/CT. O desafio está em otimizar o tempo de forma a responder às necessidades técnicas e humanas.

Este estágio, foi de apenas uma semana, mas proporcionou uma experiência rica, pelo contacto com grande número de doentes a realizar exames e também por me proporcionar conhecer uma unidade PET que é tida como referência, ajudando-me a refletir sobre o cuidado prestado no serviço onde trabalho e a equacionar algumas mudanças que promovam a melhoria de cuidados aos doentes.

Identificar a comunicação na equipa multidisciplinar e o ajustamento do comportamento profissional ao ambiente onde decorre o atendimento, para responder efetivamente às necessidades da população, permitiu desenvolver competências preconizadas pela EONS (2013) e desenvolver o auto-conhecimento e a assertividade (OE, 2010).

Observar, compreender e analisar a prestação de cuidados num contexto diferente, contribuiu muito para a minha reflexão sobre a prática, verificando que a intervenção de enfermagem ao doente oncológico sujeito a exames PET, neste serviço, se enquadra com o que está preconizado na bibliografia pesquisada sobre a temática.

Pelos motivos mencionados, considero atingidos os objetivos delineados para este estágio.

1.3. Serviço de Medicina Nuclear C

O último estágio foi realizado no Serviço de Medicina Nuclear que é o meu local de trabalho. Trata-se de um serviço integrado na área dos meios complementares de diagnóstico e nele se realizam procedimentos diagnósticos e terapêuticos, em regime ambulatorio, de medicina nuclear, agrupados em unidades funcionais que constituem unidades operativas especializadas, articuladas funcionalmente, do qual faço uma breve descrição (Apêndice VII). Este é o meu contexto habitual de trabalho, uma vez que integro a equipa de enfermagem do serviço, assegurando a prestação direta de cuidados aos doentes submetidos a exames e terapêuticos de medicina nuclear.

Este estágio ocorreu de 26 de novembro de 2018 a 8 de fevereiro de 2019 com o objetivo geral de **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na preparação do doente oncológico submetido a exames e terapêuticos de medicina nuclear.**

Na prossecução deste objetivo, foram delineados objetivos específicos, sendo o primeiro deles: **envolver a equipa de enfermagem na implementação do projeto**, para tal foram realizadas reuniões com as chefias do serviço, nomeadamente com a diretora do serviço e com a enfermeira chefe. O projeto foi exposto informalmente a toda a equipa de enfermagem, pois sendo a equipa composta por apenas três enfermeiras, foi fácil para os seus elementos acompanhar o seu percurso.

Como já referi anteriormente, o serviço do qual faço parte adquiriu recentemente um tomógrafo para a realização de exames PET. Infelizmente, devido à complexidade processual e a dificuldades várias de gestão do projeto da nova Unidade de PET, nomeadamente na requalificação das instalações, ainda se aguardava a conclusão da instalação, quando se iniciou este período de estágio. Embora inicialmente me encontrasse na expectativa de que a entrega formal da obra e equipamento acontecessem enquanto se desenrolava este período de formação, fui informada de que ainda se esperava a Licença de Funcionamento no âmbito da Proteção Radiológica, pelo que não se previa a entrada em funcionamento da nova unidade PET/CT, antes do final do mês de fevereiro de 2019.

Foi a criação de uma unidade PET no serviço de Medicina Nuclear e o conseqüente aumento de atendimento a doentes oncológicos, que agudizou a minha vontade de desenvolver competências e me preparar para este novo desafio. Este percurso iniciado pela minha necessidade de aprendizagem traduziu-se também no

segundo objetivo específico: **contribuir para a formação da equipa de enfermagem na preparação do doente submetido a exames de Medicina Nuclear - PET/CT.**

Identificando as necessidades formativas da equipa que integro, assumi a responsabilidade por ser um elemento facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (OE, 2010). Assim, não obstante, a constante troca de informação com as colegas, foi realizada uma sessão de formação, com o tema: Intervenção de enfermagem na preparação do doente para exames PET/CT com FDG (Apêndice VIII), onde partilhei com as colegas toda a informação obtida nos estágios anteriores e na pesquisa bibliográfica efetuada. Nesta sessão estiveram presentes todas as enfermeiras do serviço e a enfermeira chefe, que neste estágio foi também a minha orientadora clínica. A sessão decorreu na sala de enfermagem e como recurso para apresentação foi usado o computador. A marcação da data e hora da sessão, foram criteriosamente programadas de forma a não interferir com a atividade programada do serviço.

Como elemento dinamizador no que respeita à incorporação de novos conhecimentos no contexto da prática (OE, 2010), considero atingido este objetivo pois ao avaliar o impacto da formação fui confrontada com a manifesta satisfação das colegas que classificaram unanimemente a sessão no nível muito bom, no que diz respeito ao tema, aos conteúdos, à clareza da exposição e ao local de apresentação, tendo sido felicitada por todas as presentes.

Perante uma nova situação de cuidados, importa construir documentos de apoio à prática, que orientem os profissionais na assistência ao doente.

Foram elaboradas e apresentadas à equipa de enfermagem, normas de procedimento de enfermagem, relativas à preparação dos doentes para a realização de exames PET/CT com FDG, PET/CT com Ga-DOTANOC e PET/CT com Ga-PSMA, com a finalidade de uniformizar os critérios de atuação da equipa de enfermagem, melhorar a qualidade dos cuidados e a experiência do doente (Apêndice IX). A construção destes documentos, foi considerada por mim e por toda a equipa uma oportunidade de reflexão e partilha muito importante, pois permitiu o debate no que concerne à promoção de um ambiente terapêutico e seguro. Dadas as condicionantes próprias da utilização de fontes radioativas não seladas, que podem resultar em exposição excessiva à radiação ionizante, são necessárias medidas, não só para proteger os doentes e família, mas também os enfermeiros envolvidos nos cuidados (Hart, 2006; Taylor et al, 2017). Representei a equipa de enfermagem, no grupo multidisciplinar responsável pela implementação da nova unidade PET, no serviço de

Medicina Nuclear. Com base na evidência e nos conhecimentos adquiridos nos estágios anteriores, nomeadamente no contacto com peritos, demonstrei competências de enfermeira especialista, no estabelecimento de circuitos e adequação das práticas de cuidados para promover a segurança de doentes e profissionais (OE, 2010).

Nos serviços de Medicina Nuclear, no que concerne à preparação, informação e apoio do doente e família, a educação é uma intervenção de enfermagem, fundamental (Vijayakumar et al, 2006; Goodhart e Page, 2007; Simon, 2012 e Taylor et al, 2016).

As estratégias de educação têm em vista a promoção da capacidade de autocuidado e a qualidade de vida das pessoas. A partir do défice de autocuidado relacionado com a falta de conhecimentos da pessoa para se cuidar, é instituído o sistema de enfermagem de apoio-educação, pelo que, Orem (2001) na sua Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem, salienta a necessidade do enfermeiro, estar atento aos défices de autocuidado em cada situação. Estes podem dizer respeito à falta de conhecimentos, ou de habilidades para levar a cabo uma atividade. A mesma autora, refere que a pessoa apesar de poder ter capacidade para adquirir os conhecimentos necessários, pode não ter acesso à informação que permita adquiri-los ou existirem défices cognitivos, estados emocionais e crenças culturais que interfiram na compreensão da informação disponível (Taylor e Renpenning, 2011). Na prestação direta de cuidados, a educação e o ensino assumem particular ênfase ao aumentar/aprofundar os conhecimentos do doente. Embora, perante a elaboração de um exame de medicina nuclear, o ensino se desenvolva como uma simples conversa, constitui uma estratégia pedagógica que devolve autonomia aos doentes (Phaneuf, 2005). As informações fornecidas devem ser claras, completas e personalizadas e todas as dúvidas e preocupações do doente devem ser respondidas, a fim de gerar um clima de confiança (Martinez, Aguado, Martinez e Zabala, 2017). Com enfoque na promoção do autocuidado é realizado ensino sobre os cuidados a ter antes, durante e após a realização de exames e terapêuticas de medicina nuclear. Promover a adesão aos procedimentos necessários nestas circunstâncias, requer por parte do profissional, a utilização do sistema de apoio/educação, aplicável nas situações em que os doentes podem e devem aprender as medidas terapêuticas de autocuidado (Orem,2001).

Objetivando desenvolver/reforçar as capacidades individuais, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem, este sistema é o único em que as exigências

de assistência ao doente estão ligadas à tomada de decisão, controlo comportamental, aquisição de conhecimentos e competências (Orem, 2001). O ato de ensinar, não é assim, uma cortesia do enfermeiro, mas uma obrigação e responsabilidade profissional afeta à qualidade dos cuidados (Phaneuf, 2005).

Seguindo a mesma linha de pensamento, o enfermeiro no seu papel de educador, assume métodos válidos de ajudar as pessoas que precisam de instruções para desenvolver conhecimentos e competências particulares (Orem, 2001) assim sendo, além do ensino realizado oralmente à pessoa, construí folhetos explicativos para os diversos exames, de Tomografia por Emissão de Positrões, nomeadamente, PET/CT com FDG, PET/CT com Ga-DOTANOC e PET/CT com Ga-PSMA, que, para além da preparação, quando necessária, incluem uma sucinta explicação dos procedimentos, do tempo médio de permanência no serviço e da importância de não se fazer acompanhar por grávidas ou crianças, na observação das normas de proteção e segurança radiológica. No mesmo folheto são fornecidos os contactos do serviço para o esclarecimento de dúvidas. O propósito destes folhetos é fornecer antecipadamente informação aos doentes e desmistificar, razão pela qual são incluídas imagens do equipamento e percurso do doente. Devem, portanto, ficar disponíveis no secretariado do serviço, para serem entregues aos doentes quando estes vêm pessoalmente marcar os exames. A ponderar disponibilizá-los aos médicos prescritores dos exames ou digitalizar e enviar por e-mail quando é essa a forma de marcação do exame.

Apesar de não terem sido fornecidos a doentes, no período em que decorria o estágio, pelas razões já atrás referidas, foi possível, pedir a opinião a 2 pessoas sujeitas a exames que reconheceram a importância de disponibilizar esta informação e acharam os folhetos de fácil leitura e esclarecedores (Apêndice X).

Os procedimentos de diagnóstico e terapêuticas realizam-se em regime ambulatório, sendo agendados previamente pelo secretariado do serviço. Embora em menor número, em relação aos doentes externos, é significativa a quantidade de doentes internados na instituição, que se deslocam ao serviço de Medicina Nuclear para realização destes procedimentos. Um dos doentes a quem prestei cuidados neste período, encontrava-se nesta situação, por isso tive a possibilidade de consultar antecipadamente o processo clínico e fiquei a saber que o Sr. António (nome fictício), de 80 anos se encontrava internado no serviço de Medicina com o diagnóstico de “provável metastização óssea de tumor primário desconhecido”, pelo que vinha realizar uma cintigrafia óssea. Quando o recebi, após tê-lo cumprimentado e aferido a identidade, o doente questionou-me: “Sr^a Enfermeira que sitio é este?” Respondi que

estava no Serviço de Medicina Nuclear para fazer um exame. “Ah, então foi por isso que não me deram almoço!” (não havia necessidade, a realização deste exame não carece de nenhuma preparação prévia). O doente continuou, “este exame é para ver o quê?” É para ver os ossos, chama-se cintigrafia óssea, respondi. “Então e isto é custoso?” Expliquei a necessidade de injetar um produto radioativo numa veia. Que esse produto permite que um aparelho chamado gama câmara realize imagens dos ossos do corpo inteiro, sendo para tal, necessário esperar duas horas. “Radioativo? Isso parece uma bomba! É perigoso? Vou brilhar no escuro, enfermeira?”

Ajudar os doentes a prepararem-se física e mentalmente para procedimentos diagnósticos é um aspeto importante dos cuidados de enfermagem (MacPherson, 1995). Segundo Sherry (2000), a utilização de isótopos radioativos e a medicina nuclear, são geralmente desconhecidos e geram alguma confusão não só nos doentes, mas também junto dos profissionais de saúde. Esta autora, argumenta que os doentes poderiam beneficiar de uma melhor preparação e tranquilidade, se os profissionais de saúde de outros departamentos tivessem oportunidade de conhecer a medicina nuclear e os procedimentos lá realizados. Considerando que, para os doentes internados, os enfermeiros são a principal fonte de informação, Higgins e Hogg (2002), realizaram um estudo com o propósito de avaliar se os enfermeiros dos serviços de internamento estavam adequadamente informados para preparar os seus doentes para exames de medicina nuclear. Este estudo sugeriu que os enfermeiros participantes tinham um fraco conhecimento sobre os procedimentos desta especialidade. Verificando, no meu serviço, a preparação inadequada (física e psicológica) e a parca informação dos doentes provenientes dos serviços de internamento, e com a intenção de promover ativamente a prestação de cuidados baseados na evidência não só no meu próprio desenvolvimento profissional, mas também na aprendizagem de outros profissionais de saúde, conforme preconizado pela EONS (2013), consultei a proveniência das requisições internas, tendo sido possível identificar no hospital, o serviço maior prescritor de exames de medicina nuclear. Assim abordei a enfermeira chefe do serviço em causa indagando sobre a pertinência de uma sessão de formação, a apresentar à equipa de enfermagem deste serviço, cujo plano apresento no apêndice XI. A resposta foi afirmativa tendo sido realizada sessão com o tema: “Intervenção de enfermagem na preparação do doente para exames de medicina nuclear”. Estiveram presentes 8 colegas que desde logo deixei à vontade para intervirem e questionarem sempre que entendessem e fiquei bastante surpreendida com a participação e o interesse que demonstraram acerca do

tema o que corrobora a necessidade de informação percebida. A grande quantidade de questões e dúvidas colocadas pelos colegas obrigou a prolongar a sessão para além dos 40 minutos que eu tinha programado. Ao avaliar a sessão (apêndice XII), 50% dos colegas classificaram o interesse do tema como muito bom e 50%, classificaram como bom. A estrutura dos conteúdos e a clareza da exposição, foram avaliadas em 62,5% no nível bom e em 37,5% no nível muito bom. A importância da sessão para a prática diária, foi avaliada pelos enfermeiros como extremamente importante (50%), muito importante (25%) e importante (25%). Todos os enfermeiros justificaram a importância da sessão, com a necessidade de adquirir conhecimentos para preparar adequadamente o grande número de doentes internados no serviço, que realizam exames de medicina nuclear.

Sendo a comunicação uma competência fundamental em enfermagem. Considerei este momento muito enriquecedor, pois permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação, desta vez, não dirigida aos doentes, mas sim aos pares (OE, 2010), o que contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional.

Durante o período em que decorreu o estágio no meu local de trabalho, continuei a prestar cuidados aos doentes que realizavam exames de medicina nuclear convencional.

Devido às condicionantes a que sou alheia, apesar de não poder concretizar a aplicação dos documentos a doentes a efetuar exames PET, foi possível cuidar da pessoa com doença crónica, identificando as suas necessidades e maximizando o seu conforto e bem-estar, assegurando a defesa dos direitos humanos, promovendo o respeito pelos doentes e o direito destes à privacidade, à informação e à escolha, o que dá resposta à concretização do terceiro objetivo específico: **prestar cuidados evidenciando as competências adquiridas.**

Embora por vezes, as limitações próprias dos procedimentos e o espaço físico em que os doentes permanecem não sejam os mais adequados para proporcionar conforto, o enfermeiro, conduzindo o processo de cuidados, no que concerne à gestão do ambiente, competências de comunicação e conhecimentos técnicos, é capaz de ultrapassar as barreiras impostas pelas normas de proteção e segurança radiológica, para atender às necessidades identificadas (Oliveira e Moreira, 2009). A ação refletida, o julgamento crítico e a tomada de decisão na resolução de problemas, permitem aprender em situação e dar ênfase ao desenvolvimento de competências (Amendoeira, 2003). Neste âmbito, descrevo duas situações reais da prática, que me fizeram refletir sobre o papel do enfermeiro, pois, tal como Amendoeira (2003)

considero que o enfermeiro, ao adotar uma intervenção centrada nas necessidades dos doentes, possibilita que o processo de cuidados se torne num momento de ligação entre a pessoa e o profissional que pretende prestar cuidados de qualidade. As situações que apresento no apêndice XIII, ilustram a possibilidade de estabelecer uma relação enfermeiro/doente numa prática de curta duração, como essa relação pode ser de ajuda e como o enfermeiro na Medicina Nuclear pode fazer a diferença para a pessoa. A análise crítica foi elaborada com base na literatura e na minha experiência, espelhando algumas das competências desenvolvidas ao longo deste processo formativo.

Apesar de inicialmente não estar ciente destas aprendizagens, demonstrei e refleti sobre habilidades de comunicação no apoio ao indivíduo afetado pelo cancro para promover o seu bem-estar (EONS, 2013), pelo que penso ter atingido competências de enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, cuidando da pessoa com doença crónica, diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar e conforto. E também apoiando o doente, estabelecendo relação terapêutica com a pessoa com doença crónica (OE, 2011).

Na prestação de cuidados diretos aos doentes, no período em que decorreu este estágio no meu local de trabalho, continuei a aplicar a checklist, tendo efetuado o registo referente a 87 interações com os doentes oncológicos que realizaram cintigrafias ósseas e cintigrafias de pesquisa de gânglio sentinela.

Com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear, a checklist foi aplicada, no total, a 253 doentes, nos três serviços de Medicina Nuclear, no período em que decorreu o estágio da especialidade. O seu preenchimento nunca ocorreu na presença dos doentes, mas no momento imediato ao contato com os mesmos. Os registos efetuados permitiram uma análise estatística, que apresento no apêndice XV.

Os cuidados de enfermagem, baseados em relações interpessoais proporcionam ajudar as pessoas na satisfação das suas necessidades (Hesbeen, 2000). De facto, nas 253 interações registadas, em 91,7% (232 doentes), os enfermeiros administraram radiofármacos por via intravenosa. No entanto, durante a realização de exames e terapêuticas de medicina nuclear (como era minha convicção) esta não é a única intervenção de enfermagem identificada. Independentemente de os doentes já terem realizado procedimentos de medicina nuclear, ou de os realizarem pela primeira vez, como aconteceu em 52,56% (133 doentes) em regime de ambulatório ou de internamento, o que ocorreu em 13,83% (35 doentes), constatou-se que 70,75% (179

doentes) apresentaram necessidade de intervenção de enfermagem para além da administração de radiofármacos, sendo que 23,46% (42 doentes) apresentaram necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico e 76,54% (137 doentes) apresentaram necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito do conforto emocional. As competências e qualidades inerentes à profissão, fazem do enfermeiro o elemento da equipa multidisciplinar capaz de dar resposta às necessidades dos doentes, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado. Orem (2001) identifica cinco métodos de ajuda: agir ou fazer pela pessoa; guiar e orientar; proporcionar apoio físico e psicológico; proporcionar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar.

A necessidade de conforto emocional dos 137 doentes refere-se à ansiedade pelo desconhecimento, claustrofobia, medo de agulhas, medo da radiação, medo do resultado do exame e pela situação de doença oncológica. Para a promoção do conforto psicológico e redução da ansiedade, a intervenção de enfermagem foi no âmbito do apoio/educação, nomeadamente ensinando/desmistificando em 41,61% (57 doentes); usando estratégias de distração (27 doentes - 19,71%), o humor terapêutico (5 doentes - 3,65%), a escuta ativa (20 doentes - 14,60%), o toque terapêutico (7 doentes - 5,1%), uma atitude positiva/promotora de esperança (10 doentes - 7,30%) e a empatia (11 doentes - 8,02%).

A necessidade de conforto físico dos 42 doentes refere-se à satisfação da mobilidade, da eliminação, do suporte nutricional/hidratação e do controle respiratório. Sendo que 9 doentes (21,42%) necessitaram de assistência totalmente compensatória e 33 doentes (78,57%) necessitaram de assistência de enfermagem parcialmente compensatória.

Os dados obtidos parecem corroborar a opinião dos autores que defendem que nos departamentos de medicina nuclear, os doentes requerem do pessoal de enfermagem, cuidados que se relacionam com orientações para o autocuidado, apoio emocional e cuidados físicos de acordo com as suas necessidades (Oliveira e Moreira, 2009).

Perante a intervenção de enfermagem, conhecer a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos, afigura-se um assunto da maior importância. Porque a satisfação dos doentes é um importante resultado em saúde e está proximamente relacionado com a qualidade dos serviços de saúde na sua globalidade (Stevens, 2006).

A checklist permitiu a avaliação da intervenção de enfermagem aos doentes oncológicos que realizavam exames e terapêuticas de medicina nuclear. Dos 179

doentes, 98,32% (176 doentes) demonstraram maior conforto e/ou tranquilidade após estas intervenções no âmbito do conforto físico e/ou emocional. Pelo que podemos afirmar que num departamento de diagnóstico por imagem, embora o contacto entre o enfermeiro e o doente possa ser descrito como uma prática de curta duração (Brask e Birkelund, 2014) a sua intervenção é essencial, não só, nas atividades inerentes à realização dos exames e terapêuticas, mas também na satisfação das necessidades dos doentes, na gestão da ansiedade e na promoção do conforto (Rezapour, 2010).

Constatada a intervenção de enfermagem, para além da administração terapêutica, aos doentes que realizam procedimentos de medicina nuclear e verificada a inevitabilidade do cumprimento dos tempos destinados à administração dos radiofármacos e aquisição de imagens de forma a rentabilizar os recursos disponíveis, cabe à equipa multidisciplinar adequar as condições físicas e humanas para proporcionar o maior conforto e efetividade no atendimento aos doentes oncológicos submetidos a exames e terapêuticas de medicina nuclear.

Depois de conhecer outros serviços de Medicina Nuclear, constato que o meu serviço está bastante limitado no espaço físico disponível, sem possibilidade de expansão. Com a criação da nova unidade de PET, verificou-se a inevitável falta de espaço, tendo sido sugerido que a sala de enfermagem fosse dividida com uma cortina, para que dois doentes pudessem ser atendidos simultaneamente. Em minha opinião, esta opção não garante as condições necessárias, no que diz respeito à confidencialidade e privacidade do doente (OE, 2010). Mais uma vez baseada na literatura e na minha experiência pessoal, elaborei a análise crítica e reflexiva de uma situação real da prática. Esta diz respeito à interação com uma pessoa que realizava uma cintigrafia para deteção de gânglio sentinela, em que se verificou a necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva para a promoção do conforto emocional da pessoa. Esta situação fez-me refletir sobre as estratégias que podem influenciar a promoção da esperança como é o caso da relação e da comunicação e em como o ambiente privado em que decorre a interação é fundamental para o desenvolvimento desta relação (apêndice XV).

Neste sentido, realço a sensibilidade da diretora do serviço para a problemática e o seu empenhamento no que concerne à melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos doentes, neste serviço. A equipa multidisciplinar trabalhou em conjunto para encontrar outras opções, tendo em vista a privacidade e o conforto físico e emocional dos doentes, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos (OE, 2010).

Desde o início da sua atividade, em fevereiro de 1997, e coincidindo habitualmente com a sua data de aniversário, o serviço em que exerço funções realiza com uma periodicidade bianual as suas Jornadas de Medicina Nuclear. Em 2019 realizou-se a 10ª edição deste evento sob o tema: “Cancro da próstata e cancro da mama – a contribuição da medicina nuclear”. Tendo por base o trabalho efetuado ao longo deste percurso, fez-me sentido, a elaboração de um poster a ser apresentado nas referidas jornadas intitulado “Intervenção de enfermagem ao doente oncológico adulto submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear”, cujo resumo foi submetido à comissão científica das 10as Jornadas do Serviço de Medicina Nuclear (apêndice XVI). Apesar de as jornadas terem decorrido após o término do estágio, o poster ficou pronto para apresentação (apêndice XVII).

Terminado este período de formação, embora sem a entrada em funcionamento da unidade PET, considero terem ficado reunidas as condições para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na preparação do doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear, como era meu objetivo. Para tal, foram mobilizadas competências comuns de enfermeiro especialista (OE, 2010) no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao desenvolver uma prática profissional e ética, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; no domínio da melhoria da qualidade, ao identificar oportunidades de melhoria, concebendo, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua da qualidade, criando e mantendo um ambiente terapêutico e seguro e no domínio da gestão dos cuidados. Diagnosticar necessidades formativas e atuar como formadora oportuna em contexto de trabalho, proporcionou desenvolver competências do domínio das aprendizagens profissionais, de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e da EONS (2013) ao contribuir para a aprendizagem de outros profissionais.

Foram também desenvolvidas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem oncológica, como consta no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE,2011).

Por fim, foram adquiridas as competências de Mestre em Enfermagem estipuladas no Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março.

2. AVALIAÇÃO

A Enfermagem tem evoluído, ao longo dos tempos, não só a nível do desempenho profissional, mas também na procura e aquisição de novos conhecimentos científicos e de formação. Nos últimos anos, a ênfase dada a estes aspetos e aos valores que orientam a prática de enfermagem, contribuíram para o desenvolvimento e o reconhecimento da autonomia da profissão, assumindo-se a investigação e formação em enfermagem como fundamentais na construção dessa autonomia (Nunes, 2007).

Na atual conjuntura, a produção, renovação e desenvolvimento de conhecimentos oriundos da evidência científica, assumem-se como uma prioridade, para encontrar respostas eficazes, seguras e visíveis na resolução de problemas, visando a constante melhoria dos cuidados, perante a complexidade do cuidar em enfermagem (Apolinário, 2012).

A importância da formação é evidenciada por Guerra (2008) como uma prática de recursos humanos, em que os objetivos passam pela promoção e modificação dos comportamentos e competências individuais, na melhoria do desempenho coletivo, para atingir os objetivos institucionais.

Assumindo a formação continua dos enfermeiros, como uma estratégia privilegiada para a melhoria da qualidade, iniciei a frequência do curso de especialização, com o objetivo de desenvolver competências específicas e especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, mais concretamente na vertente de enfermagem oncológica, que me permitissem melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas sujeitas a exames e terapêuticas de medicina nuclear, na vivência do seu processo de saúde-doença, indo ao encontro das suas necessidades.

O trabalho desenvolvido na construção deste projeto de formação/intervenção, permitiu-me desenvolver competências comuns de Enfermeiro Especialista (OE, 2010) e competências específicas de Enfermeiro Especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE, 2011) preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros. Bem como, competências de Enfermeiro Especialista em oncologia da EONS (2013) e também competências de Mestre em Enfermagem estipuladas no Decreto-Lei nº74/2006 de 24 de março.

Desenvolver o presente projeto, implicou o aprofundamento do conhecimento teórico, através de pesquisa bibliográfica pertinente na área em questão, realizando

para tal uma revisão *scoping*. A sua operacionalização em contexto prático, foi efetuada mediante a realização de três estágios, em Serviços de Medicina Nuclear.

Como já referi anteriormente, nos meus 17 anos de experiência profissional, nesta área, nunca antes tinha tido oportunidade de conhecer a realidade de outros serviços de Medicina Nuclear. Por isso, a partilha de experiências com colegas, nomeadamente com peritos, em contexto de ensino clínico e considerando que parte dos saberes em enfermagem se constituem para a ação, foram momentos de grande aprendizagem.

Compreender e analisar a prática nos dois primeiros estágios, contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos a aplicar no terceiro estágio, que neste caso é o meu local de trabalho. Também na procura da melhoria da qualidade, individualmente ou em grupo, a prática reflexiva foi um elemento fundamental na mudança de comportamentos. Pois a reflexão pode ser vista como um instrumento de aprendizagem que permite o desenvolvimento de conhecimentos e possibilita o crescimento pessoal e profissional (Alarcão, 2001).

Ao desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em enfermagem médico-cirúrgica na intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear, conforme preconizado para os dois primeiros estágios, e através das atividades desenvolvidas, fui reunindo condições para contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na preparação do doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear, como era meu objetivo.

Na execução deste projeto saliento como ponto forte a oportunidade que foi conhecer, integrar e participar na dinâmica de cuidados nos diferentes Serviços de Medicina Nuclear o que possibilitou conhecer práticas passíveis de serem adotadas na prestação de cuidados no meu serviço e a possibilidade de interagir com um grande número de doentes oncológicos a realizar exames e terapêuticas de medicina nuclear. Outro aspeto positivo a referir, foi o empenhamento da equipa de enfermagem e o contributo da diretora de serviço na implementação deste projeto que se propõe contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico.

Como pontos fracos aponto, da pesquisa efetuada, a escassez de evidência científica sobre o tema em estudo, e que resultou em grande dificuldade na elaboração de uma revisão *scoping*. Também como ponto negativo, os vários atrasos que não permitiram o início de atividade da unidade de tomografia por emissão de positrões durante o período de estágio.

Este caminho que decidi percorrer, apresentou-me vários desafios. A minha idade, o pouco domínio das novas tecnologias e o facto de ter estado tanto tempo afastada das fontes do saber, dificultaram o meu percurso e fizeram-me muitas vezes duvidar da decisão que tomei ao enveredar por este processo formativo. A superação das dificuldades encontradas, permitiu desenvolver conhecimentos e competências e perceber que nunca é tarde para aprender e evoluir a nível pessoal e profissional.

Desenvolver este projeto, fez-me sair da minha zona de conforto, enfrentar alguns problemas, mas também conhecer novas pessoas e outras realidades. Os muitos anos que tenho de profissão e na área em que exerço funções, fazem de mim uma enfermeira experiente, mas considero que o percurso, nesta profissão, se faz procurando a excelência e para isso não há limite de idade! Este foi um processo exigente, trabalhoso e complexo. A pesquisa, o debate, a reflexão e a análise fizeram-me ver por outro prisma e encontrar respostas que me levaram a outro nível de conhecimento. Na perspetiva de Benner (2001) nem todas as enfermeiras serão capazes de se tornarem peritas, mas quando “podem descrever situações clínicas onde a sua intervenção fez a diferença, uma parte dos conhecimentos decorrentes da sua prática torna-se visível. E é com esta visibilidade que o realce e reconhecimento da perícia se tornam possíveis.” (p.61).

Nesta etapa final, considero atingidos os objetivos definidos para a concretização do projeto, bem como os objetivos do relatório de estágio.

CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O cancro é uma doença do presente e do futuro, que necessariamente implica uma intervenção multidisciplinar dos profissionais de saúde. Conotada com a morte e o sofrimento, a doença oncológica, tem um impacto negativo na vida das pessoas envolvendo as dimensões física, emocional, social e espiritual do doente e família. Responder adequadamente às necessidades das pessoas exige do enfermeiro grande conhecimento e preparação, pelo que os enfermeiros devem ter especialização na sua área de intervenção.

Motivada para prestar cuidados de qualidade ao cada vez mais elevando número de doentes oncológicos a realizar exames de medicina nuclear, enveredei por esta formação em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente oncológica.

Voltar à escola depois dos 50 foi um desafio. Trilhar este caminho mobilizou todas as minhas forças, conhecimentos e experiência pessoais e profissionais. A procura do saber, trouxe-me momentos de grande satisfação, mas também de grande angústia e muitas vezes a sensação de não ser capaz ou de não valer a pena.

Refletir e analisar as situações em que interagi com doentes, pares ou outros elementos da equipa multidisciplinar, permitiu a minha evolução, não só na dimensão profissional, mas também pessoal.

A minha aprendizagem passou pela melhoria de competências relacionadas com a comunicação, não só na relação com os doentes, mas também com os outros profissionais de saúde. Na educação dos doentes, mas também na formação e educação dos meus pares, na importância da preparação da pessoa com doença oncológica perante exames e terapêuticas de medicina nuclear, de forma personalizada e individualizada. Neste sentido, foram construídos documentos de apoio aos doentes e desenvolvidas sessões de formação e documentos de apoio à prática, para a capacitação das equipas de enfermagem.

Pretendo, pois dar continuidade à implementação deste projeto, prestar cuidados de qualidade ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear. Agir como “advogado” do doente perante a equipa multidisciplinar e evidenciar a intervenção de enfermagem indo ao encontro das necessidades dos doentes.

Tratando-se de um serviço muito técnico, com múltiplos profissionais de saúde e com uma atividade programada em crescendo, posso adivinhar algumas dificuldades, mas enquanto enfermeira especialista pretendo dar o meu contributo, ao integrar

diferentes conhecimentos que proveem da minha vida pessoal, da minha formação e da minha experiência profissional.

Como perspectiva futura, de forma a tornar visível o trabalho desenvolvido, gostaria de publicar um artigo que evidenciasse a intervenção de enfermagem na prestação de cuidados ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear.

Constatada a pouca evidência disponível na área em estudo e o interesse dos colegas que conheci nos outros serviços de Medicina Nuclear, considero a hipótese de criar um grupo de trabalho constituído pelos enfermeiros dos vários serviços, no sentido de produzir conhecimento relevante para a área da enfermagem em medicina nuclear.

Este foi um processo árduo, uma aprendizagem constante e tenho consciência de que se fosse hoje iniciar este percurso, o faria de forma diferente.

Apesar de durante o período de formação, não ter sido possível aplicar o projeto na nova unidade de PET, como planeado, posso dizer que se iniciou a sua aplicação em 19 de março, cumprindo os objetivos a que se propunha.

Termino este relatório, convicta de que contribuí para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica no serviço de Medicina Nuclear e ciente de que vou ter uma responsabilidade acrescida como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdelhamid, H. E. (2006). *The Pathophysiologic Basis of Nuclear Medicine*. Second Edition. Springer-Verlag. Berlin. Germany.
- Abreu, C., Grilo, A., Lucena, F., & Carolino, E. (2017). Oncological patient anxiety in imaging studies: the PET/CT example. *Journal of Cancer Education*, 32(4), 820-826.
- Alarcão, I. (2001). Formação Reflexiva. *Revista Referência*, (6), 53-59.
- Alarcão, I. & Tavares, J. (2013). *Supervisão da Prática Pedagógica: uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. Coimbra: Edições Almedina, SA.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., . . . Filipe, D. (2003). Os instrumentos básicos na construção da disciplina de Enfermagem - expressões e significados. Santarém. <http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/88/1/PublicacaoOnlineIBEinstrumentosBasicosdeEnfermagem%5b1%5d.pdf>
- Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*. 7(3), 83-92.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Edição comemorativa. Coimbra: Quarteto.
- Boff L. (1999). *Saber cuidar. Ética do humano-compaixão pela terra*. 11ª edição. Petrópolis: Vozes.
- Brask, K. B., & Birkelund, R. (2014). "Patient Care in Radiology"—The Staff's Perspective. *Journal of Radiology Nursing*, 33(1), 23-29.
- Cancer Nursing Curriculum. (2013) *European Oncology Nursing Society (EONS)*. Brussels: European Oncology Nursing Society.

- Carvalho, M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo – Contributos para uma reflexão sobre a humanização dos cuidados de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Coleman, M. & Newton, K. (2005). Supporting self-management in patients with chronic illness. *American Family Physician*. 72(8), 1503-1510.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª edição. Loures. Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE Versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I Série A, N.º 205. <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 67/98 de 26 de outubro - lei da proteção de dados pessoais (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a diretiva 95/46/CE, do parlamento europeu e do conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). Diário da República n.º 247/1998, Série I-A (1998-10-26) 5536 – 5546
- Decreto-Lei n.º 182/2002 de 8 de agosto (2002). Estabelecimento de normas básicas de segurança relativas à protecção da saúde, dos trabalhadores e da população em geral, contra os perigos resultantes das radiações ionizantes. Diário da República. Série I-A de 2002-08-08
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. (2006). Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. Diário da República I Série A, nº60/2006 (2006-03-24). 1-36.

Decreto-Lei n.º 108/2018 de 3 de dezembro (2018). Estabelece o regime jurídico da proteção radiológica, transpondo a Diretiva 2013/59/Euratom. Diário da República Série I de 2018-12-03.

Direção Geral da Saúde (2013). Norma nº 017/2013 de 26/11/2013. Carcinoma da tireoide de origem folicular.

Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal – Doenças Oncológicas em Números, 2015 - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para as doenças oncológicas. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes. The state of the science* (2ª ed.). Ontário: Jones & Bartlett Learning.

Duarte, H., Bastos, L. (2011). Medicina Nuclear no Estudo dos Tumores Neuroendócrinos. *Revista Portuguesa de cirurgia*. II Série. N.º 16 março 2011. ISSN 1646-6918.

Duarte, M., & Noro, A. (2013). Humanização do atendimento no setor de radiologia: dificuldades e sugestões dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 18(3).

Eler, G., Jaques, A. (2006). O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 10(3).

Falloon, I. (2003). Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness. *World Psychiatry*, 2(1), 20.

Fischbach, F., Dunning III, M. (2016). *Exames Laboratoriais e Diagnósticos em Enfermagem*. 9ª edição. Editora Guanabara Koogan Ltda.

Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, (15). Pp.1-38. Setúbal.

- Giraldes, M. R. (2010). Avaliação de novas tecnologias PET/CT Medicina Nuclear. *Acta Médica Portuguesa* 2010: 23(2):291-310.
- Goodhart, J., Page, J. (2007). Radiology nursing. *Orthopaedic Nursing*, 26(1), 36-39.
- Guerra, M. (2008). *Formação profissional dos enfermeiros – determinantes da participação dos enfermeiros em acções de formação em serviço*. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Haas, J. (2004). Cuidar neste mundo... da rua. Uma pastoral. In: *Cuidar neste mundo*. Walter Hesbeen. (p. 103-109). Lusociência.
- Hart, S. (2006) Ionising radiation: promoting safety for patients, visitors and staff. *Nursing Standard*. 20, 47, 47-57.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusodidacta.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Higgins, R. & Hogg, P. (2002). Patient preparation for diagnostic nuclear medicine imaging procedures: an analysis of ward nurse knowledge. *The College of Radiographers*. Published by Elsevier Science Ltd. doi:10.1016/radi.2002.0381, em: <http://www.idealibrary.com>.
- Hogg, P., & Lawson, R. (2015). An overview of nuclear medicine imaging procedures. *Nursing Standard*, 30(13), 52-59.
- Hussey, P., Mulcahy, A., Schnyer, C. e Schneider, E. C. (2012). Bundled payment: Effects on health care spending and quality. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality*.
- International Council of Nurses – ICN (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®) –Versão 2*. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros.

- José, H. (2002). *Humor nos cuidados de enfermagem: Vivências de doentes e enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Landeiro, E. (2011). *Significações, Reações Familiares, Avaliação, Apoio à Doença e Luto*. O Portal do Psicólogos. Porto: PsicoGlobal.
- Leite, R. (2007). Assistência humanizada de enfermagem ao paciente oncológico. In *Enfermagem Oncológica*. Mohallem, A.; Rodrigues, A. – Barueri, SP: Manole (p.187-193). ISBN 85-204-2209-8.
- Løken, K., Steine, S., & Laerum, E. (1999). Patient satisfaction and quality of care at four diagnostic imaging procedures: mammography, double-contrast barium enema, abdominal ultrasonography and vaginal ultrasonography. *European radiology*, 9(7), 1459-1463.
- Lynch, T. (2007). *PET/CT in Clinical Practice*. Springer-Verlag. London.
- Machado, G., Ouro, T. e Santana, F. (2015). Acolhimento de enfermagem em oncologia: enfrentamento da doença pelos pacientes em Feira de Santana-BA. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*. 2, 33-45.
- MacPherson, B. (1995). Improving communication in imaging departments. *Nursing times*, 91(8), 48-49.
- Martinez Lorca, A., Aguado Romo, R., Martinez Lorca, M., & Zabala Baños, M. C. (2017). Anxiety reduction and emotional self-care using the U-technique in radiology departments. *The British journal of radiology*, 90(1078), 20170173. <https://doi.org/10.1259/bjr.20170173>
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced–Nursing*, 56 (5), 472-479.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centered nursing. Theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Mendes, G. (2012). *Metástases ósseas: contributo da medicina nuclear para a sua deteção* (Master's thesis). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

- Monteiro, M. (2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar: o início da dependência*. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, (Tese de Mestrado).2010. 212p.
<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/26357/2/Maria%20Clara%20Duarte%20Monteiro.pdf>.
- Munn, Z., & Jordan, Z. (2011). The patient experience of high technology medical imaging: a systematic review of the qualitative evidence. *Radiography*, 17(4), 323-331.
- Murta, E., Nomelini, R. (2010). Métodos de imagem no estadiamento das neoplasias malignas de colo uterino. *Femina*, 38(1).
- National Comprehensive Cancer Network (2013), NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: distress management. Version 2.2013 NCCN.org
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/distress.pdf.
- Nguyen, N., Akduman, I., & Osman, M. (2008). F-18 FDG-PET and PET/CT imaging of cancer patients. *Journal of Radiology Nursing*, 27(2), 61-69.
- Nunes, L. (2007). 12 de Maio – Dia Internacional do Enfermeiro – Sob o signo do olhar: Re-ver, Ver e Pre-ver. *Percursos*. Número especial comemorativo do Dia Internacional do Enfermeiro no 2º Trimestre de maio. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- OCDE/European Observatory on Health Systems and policies (2017), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285385-pt>.
- Oliveira, A., & Moreira, M. (2009). A enfermagem em radioiodoterapia: enfoque nas necessidades de ajuda dos clientes. *Rev. enferm. UERJ*, 17(4), 527-532.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor: Guia Orientador de Boa Prática*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) – Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby
- Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no Cancro da Mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Tese de Doutoramento apresentada no ISPA, Lisboa.
- Pearson, A. & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Londres: Heinemann Nursing.
- Pereira, M. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: contributos para a formação em enfermagem*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Educação.
- Petit, C. (2004). Cuidar neste mundo: Uma exigência da humanidade. In: W. Hesbeen. *Cuidar neste mundo*. (p.87-102). Lusociência.
- Pifarré, P., Simó, M., Gispert, J., Pallarés, M., Plaza, P., & Martínez-Miralles, E. (2011). Diagnostic imaging studies: do they create anxiety?. *Revista Española de Medicina Nuclear (English Edition)*, 30(6), 346-350.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta.
- Pinto, A. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 62-69. http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf.
- Portaria n.º 306-A/2011 de 20 de dezembro (2018). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. Diário da República n.º 242/2011, 1º Suplemento, Série I de 2011-12-20
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. Pina, F. Tavares e I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Rede nacional de especialidade hospitalar de referência. RNEHR (2016). Medicina Nuclear. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RNEHR_MN_final_12_08_2016.pdf.
- Rede de referência de medicina nuclear e recomendações para a instalação de unidades de ciclotrão (2011). https://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/1309/Rede_de_Referencia_o_Hospitalar_Medicina_Nuclear_e_Ciclotr_o_2011.pdf.
- Rezapour, R. (2010). Nurses role in nuclear medicine team. 14º Iranian Annual and International Congresso of Nuclear Medicine, Mashhad, Iran. *Iran Nucl Med*; 18:(suppl 1).
- Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures: Lusociência.
- Silva, H. e Silva, M. (2003). Motivações do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5 (1), 10-14.
- Sales, O., Oliveira, C., Spirandelli, M., Cândido, M. (2010). Atuação de enfermeiros em um centro de diagnóstico por imagem. *J Health Sci Inst*; 28 (4): 325-8.

- Sharp, P., Gemmell, H., Murray, A. (2005). *Practical Nuclear Medicine*. Third Edition. Springer–Verlag. London.
- Sherry, I. (2000). Nuclear medicine: will I glow in the dark, nurse?. *Nursing Standard (through 2013)*, 14(19), 48.
- Silva, A. (2007) –Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Silva, L. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237.
- Simões, C., Simões, J. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência IIª serie – nº4– jan*.
- Simon, J. (2012). Thyrogen Scans for Detecting Recurrent Thyroid Cancer. *Journal of Radiology Nursing*. www.radiologynursing.org
- Solana, C. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 51-57.
- Souza, M., Santo, F. (2008). O olhar que olha o outro. Um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 54(1), P 31-41.
- Stefanelli, M. (2005). Conceitos teóricos sobre comunicação. In Stefanelli, M. & Carvalho, E. (Orgs.) *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem* (p. 28 – 46). Brasil: Editora Manole Ltda.
- Stevens, M. (2006). Patient satisfaction at and after discharge. Effect of a time lag. *Patient Education and Counseling*. 60(2), 241-245.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843-860.

- Taylor, J., Keller, L., Maybody, M. (2017). PET/CT- Guided Interventions in Oncology Patients: A Nursing Perspective. *Journal of Radiology Nursing* 36, 99-103.
- Taylor, S., & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory and evidence-based practice*. Springer Publishing Company.
- Teodoro, R. (2013). *O impacto psicossocial do distress em doentes oncológicos: Género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro* (Doctoral dissertation, ISPA-Instituto Universitário).
- Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. 5ª Edição. Lisboa: Lusociência.
- Vicenzi, A., Schwartz, E., Cecagno, D., Viegas, A., Santos, B., & Lima, J. (2013). Cuidado integral de enfermagem ao paciente oncológico e à família. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3(3), 409-417.
- Vijayakumar, V., Briscoe, E., Vijayakumar, S. (2006). Role of nurses in daily nuclear medicine. *The Internet Journal of Nuclear Medicine*, 3(2). <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-nuclear-medicine/volume3-Number-2/role-of-nurses-in-daily-nuclear-medicine.html>.
- Wall, P. (2007). *Dor: a ciência do sofrimento*. 2ª ed. Lisboa: Ambar.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Serviço de Medicina Nuclear A

O Serviço de Medicina Nuclear A, encontra-se inserido numa instituição de saúde de Lisboa, que se dedica desde a sua fundação à luta contra o cancro. Atualmente é uma entidade pública empresarial. Trata-se de um centro oncológico multidisciplinar de referência que tem por missão a prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia. Inserindo-se na missão global da instituição, este serviço tem por missão a área assistencial prioritariamente na área oncológica com atividade nas áreas de investigação e ensino. O serviço de medicina nuclear, iniciou atividade com esta designação em 1991, tendo sido um dos primeiros do país. Funciona em instalações próprias, no mais antigo pavilhão desta instituição de saúde e dispõe de uma área de cerca de 1000 m². É composto por três áreas distintas: uma Unidade Funcional de Terapêutica, uma Unidade Funcional de Medicina Nuclear Convencional e uma Unidade Funcional de PET (tomografia de emissão de positrões). Englobando uma área de receção, direção, salas de consulta, gabinetes e salas de diagnóstico. Em todas as áreas são utilizadas substâncias radioativas na realização de terapêuticas e exames de diagnóstico. O serviço está equipado com 3 câmaras gama, dispoindo cada uma de uma unidade de aquisição, ligada a unidades computadorizadas de processamento e 2 tomógrafos de positrões, ligados a estações de aquisição e processamento de imagem. Dispõe também, uma sonda intra-operatória e de vários aparelhos de deteção de radiações e monitores de área, colocados em vários locais do serviço. As zonas de maior exposição à radiação estão separadas e identificadas com sinalização adequada.

A legislação estabelece os limites anuais de dose para os profissionais expostos à radiação ionizante, pelo que estes profissionais usam dosímetros individuais para avaliação de exposição de corpo inteiro e de extremidades.

Todas as práticas que envolvam a administração de produtos radioativos têm que ser justificadas e constituir um valor acrescentado para o doente, observando os níveis de referência para os vários exames de medicina nuclear.

As realizações de algumas terapêuticas de medicina nuclear condicionam a necessidade de internamento, pelo que a Unidade de Terapêutica dispõe de quatro quartos de internamento, dando também apoio a doentes de radioterapia.

A equipa é multidisciplinar constituída por 5 médicos especialistas em medicina nuclear, 4 médicos internos da especialidade, 10 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 8 assistentes operacionais, 4 assistentes técnicos, farmacêutico, físico e 10 enfermeiros. Além da Enfermeira Chefe, a equipa conta com uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente oncológica.

As Unidades de Medicina Nuclear Convencional e de PET funcionam de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 19.00 horas. Os enfermeiros integram as várias unidades funcionais, prestando serviço de enfermagem em escala rotativa na unidade funcional de terapêutica, de forma a garantir a assistência nas 24 horas aos doentes internados.

Na consulta de enfermagem, na unidade funcional de terapêutica, o doente é admitido e acolhido por um profissional de enfermagem que procede à colheita de dados e confirma a preparação adequada para a realização de terapêutica. Na mesma consulta é realizado ensino e esclarecidas as dúvidas dos doentes e familiares sobre a terapêutica e o internamento. Realizado o planeamento de cuidados e o planeamento da alta. Na unidade funcional de imagem e função, o enfermeiro acolhe o doente, realiza a preparação para o exame, faz ensino e esclarece dúvidas, administra radiofármacos, adota normas de radioproteção, garante o conforto do doente respondendo às suas necessidades e garante a continuidade dos cuidados em articulação com os serviços de origem. Na unidade de PET, é realizada consulta de enfermagem, solicitado consentimento informado, despistada possível gravidez e avaliada glicémia capilar. São ainda da responsabilidade do enfermeiro a colocação de acesso venoso periférico, a administração de pré-medicação e assegurar o repouso do doente num ambiente calmo providenciando a vigilância adequada.

Na Unidade de internamento os registos são efetuados informaticamente no processo do doente, através do sistema informático Sclinico. Nas Unidades de Medicina Nuclear Convencional e de PET, os registos são efetuados no programa informático SiiMA, uma plataforma de gestão de serviços clínicos especificamente criada para serviços de medicina nuclear e em Sclinico, caso o doente tenha processo na instituição.

Os pedidos para realização de exames, surgem da própria instituição de saúde, das instituições com as quais o serviço tem protocolos de colaboração, de qualquer proveniência desde que acompanhadas pelo respetivo termo de responsabilidade ou a nível particular. As requisições são triadas pela direção do serviço conforme documento interno. Os exames são marcados no secretariado, pessoalmente ou por via eletrónica. Quando se verifica necessidade de preparação prévia para realização dos exames, o contacto telefónico é realizado pelos assistentes técnicos do serviço.

APÊNDICE II – REVISÃO *SCOPING*

BACKGROUND

Em Portugal, nos últimos anos tem-se verificado um aumento na incidência do cancro, que corresponde a uma taxa de cerca de 3% ao ano, bem como um aumento da idade média da população afetada. De acordo com dados da OCDE (2017), este crescente número de casos resulta do envelhecimento da população, do aumento da taxa de sucesso no tratamento de outras patologias e das modificações nos estilos de vida das populações.

Segundo o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS, 2016) o cancro é uma doença do passado, do presente e do futuro, continuando a ser uma das doenças mais temidas nas sociedades atuais.

Receber o diagnóstico de uma neoplasia é uma situação marcante e traumática na vida das pessoas (Pereira e Lopes, 2005). A partir desse momento, o doente começa o seu percurso pelos corredores do hospital realizando meios complementares de diagnóstico, consultas médicas, técnicas mais ou menos dolorosas. Neste confronto com uma doença oncológica, surge o medo, a incerteza, a angústia e a dúvida do que será o futuro. Num turbilhão de sentimentos, a pessoa questiona a sua vida e põe a hipótese nunca antes pensada de uma morte prematura (Stoller, 2004).

Caracterizado pela sua complexidade, o cancro implica muitas alterações na vida dos doentes em múltiplas dimensões, pelo que na vivência das várias etapas do seu processo de doença oncológica, diagnóstico, tratamento, pós tratamento e sobrevivência, a pessoa vive momentos de grande sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Leite, 2007; Silva, 2008).

Sendo da maior importância o estabelecimento de um diagnóstico precoce e um correto estadiamento da doença oncológica (Murta e Nomelini, 2010) para adequar o protocolo terapêutico (Giraldes, 2010), é nestas alturas de grande incerteza, que as pessoas contactam pela primeira vez com a Medicina Nuclear, o que só por si pode parecer assustador (Hogg e Lawson, 2015). Para além da carga emocional que é estar perante a confirmação de uma doença oncológica, o contacto com tecnologia desconhecida e palavras como “nuclear” e “radiação”, podem induzir ansiedade nos doentes (Sherry, 2000). Também nos períodos de pós-tratamento e de sobrevivência, o cancro continua a gerar sentimentos de insegurança perante a possibilidade de fracasso no controlo da doença ou reincidência neoplásica (Teodoro, 2013) pelo que os exames de follow-up de Medicina Nuclear, são também causadores de medo e

ansiedade para a pessoa (Munn e Jordan, 2011; Abreu, Grilo, Lucena e Carolino, 2017).

A Medicina Nuclear é uma especialidade médica que realiza vários procedimentos para fins terapêuticos e de diagnóstico, em que são utilizados radionuclídeos específicos para tratamento ou estudo da fisiologia dos sistemas orgânicos. Assume grande importância dentro das especialidades relacionadas com o diagnóstico por imagem, utilizando equipamentos com tecnologia de ponta, que permitem informações diagnósticas de forma precoce em diferentes patologias, recorrendo ao uso de radioisótopos (Ferreira, 2008).

A preparação do doente e a administração dos radiofármacos, revestem-se da maior importância para garantir a melhor qualidade dos exames (Hogg e Lawson, 2015), implicando, em algumas situações, o cumprimento de um protocolo que inclui restrição da atividade física, jejum e controle da glicémia capilar. O que só por si justifica a presença de enfermeiros nos serviços de Medicina Nuclear (Rezapour, 2010), mas não é este o único aspeto a ter em conta. Perante a realização destes procedimentos, a pessoa com doença oncológica, encontra-se fragilizada física e/ou emocionalmente, não só porque enfrenta meios de diagnóstico e tratamento altamente especializados que recorrem a substâncias causadoras de receio e apreensão, mas pela situação de doença que limita a capacidade do doente em executar o seu autocuidado, justificando-se os cuidados de enfermagem.

Segundo Rezapour (2010) os enfermeiros não só capacitam a pessoa e família na preparação para os procedimentos como avaliam as condições dos doentes, atendem às suas necessidades e promovem o conforto.

Da pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL, MEDLINE, no Google Scholar, Pubmed, bem como na pesquisa ao nível de literatura cinzenta constata-se que a documentação referente à intervenção de enfermagem no âmbito da Medicina Nuclear é escassa, o que justifica realizar uma revisão scoping sobre o tema com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear.

Esta revisão scoping foi elaborada segundo algumas recomendações propostas pelo Joanna Briggs Institute, conforme o Reviewer's Manual 2015.

Questão de revisão

A pesquisa realizada teve como ponto de partida a seguinte pergunta:

Quais as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear?

A formulação da pergunta permite delinear os seus elementos de forma clara e apresenta-se em formato “PCC” (População, Conceito, Contexto).

- P – População: Doente Oncológico
- C – Conceito: Intervenções de Enfermagem
- C – Contexto: Medicina Nuclear

Objetivo

Na presente revisão pretende-se mapear a intervenção de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear e identificar lacunas no conhecimento relativo a esta temática.

CrITÉRIOS de Inclusão

Escolheram-se como critérios de inclusão todos os adultos com idade igual ou superior a 19 anos, submetidos a exames ou terapêuticas de medicina nuclear, de ambos os sexos. Foram incluídos os familiares, os enfermeiros e outros técnicos que realizam procedimentos de medicina nuclear e doentes oncológicos que realizaram exames ou terapêuticas de medicina nuclear em ambulatório ou em regime de internamento. Excluíram-se automaticamente todos os doentes com idade inferior a 19 anos de idade, bem como os doentes não oncológicos. Foi selecionado todo o tipo de literatura existente em que foi possível aceder ao texto completo, em língua portuguesa, inglesa, espanhola ou francesa. Não foi feita nenhuma limitação do ponto de vista temporal, à pesquisa.

Participantes

A atual revisão contempla doentes oncológicos, adultos, com idade igual ou superior a 19 anos¹³, de ambos os sexos, com qualquer tipo de doença oncológica, familiares de doentes, enfermeiros ou outros profissionais de saúde.

¹³ Nas bases de dados eletrónicas CINAHL e na MEDLINE são definidos como “todos os adultos”, pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

Conceito

O conceito presente nesta revisão engloba todas as intervenções de enfermagem para a preparação e acompanhamento do doente antes, durante e após exames ou terapêuticas de medicina nuclear

Contexto

Num serviço de medicina nuclear. Em regime de ambulatório ou internamento.

Tipos de fontes de informação

Serão incluídos todo o tipo de artigos desde que estejam acessíveis em texto integral e se encontrem escritos em Português, Inglês, Espanhol ou Francês.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa para esta revisão teve o objetivo de ser abrangente para identificar os estudos publicados e não publicados, incluindo a literatura cinzenta. Foram utilizadas as bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCO*host Integrated Search*. Google Scholar, Pubmed e Repositórios Nacionais de Teses. Foram considerados para inclusão nesta revisão os estudos em português, inglês, espanhol e francês, publicados e não publicados, não tendo sido aplicada nenhuma limitação temporal. Nesta revisão foi utilizada uma estratégia de pesquisa por etapas. Numa pesquisa inicial através do motor de busca EBSCO*host* limitada às bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e Medline *with Full Text*, pesquisou-se usando linguagem natural acerca do tema. As palavras chave pesquisadas foram: Cancer patient; Nursing Interventions e Nuclear Medicine. Seguiu-se uma análise de todas as palavras-chave contidas no título e resumo dos documentos encontrados. Pesquisou-se a lista de referências de todos os relatórios e artigos identificados para localizar estudos adicionais. Seguidamente procedeu-se à pesquisa de todas as palavras-chave e termos indexados nas bases de dados referidas. Esta nova pesquisa, agora mais exhaustiva, incluiu todas as palavras-chave relevantes e termos indexados mais indicados a cada base de dados, para responder à questão de investigação. Foram adicionados termos de pesquisa e palavras-chave durante a estratégia de pesquisa por se consideraram pertinentes para a revisão scoping. Nas bases de dados CINAHL *Plus with Full Text* e MEDLINE *with Full Text*, os descritores foram operacionalizados através das expressões booleanas AND e OR. Na CINAHL foram utilizados os seguintes descritores: (MM "Nurses+"), (MM" Nursing

interventions”), “Nursing”, (MM “Cancer Patients”), (MM “Oncology+”), (MM “Neoplasms+”), (MM “Nuclear Medicine”), (MM “Tomography, Emission-Computed+”) e “PET/CT”. Na MEDLINE foram utilizados os seguintes descritores: (MM “Nurses”), (MM “Nursing Care+”), (MM “Nursing+”), “Nursing Interventions”, (MM “Neoplasms+”), “Cancer Patients”, “Oncology”, (MM “Nuclear Medicine”), (MM “Positron-Emission Tomography+”) e “PET/CT”.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Código	Termos de pesquisa	Resultados
S1	(MM “Nurses+”)	122,072
S2	(MM “Nursing Interventions”)	2,439
S3	“Nursing”	625,287
S4	(MM “Cancer Patients”)	16,463
S5	(MM “Oncology+”)	5,347
S6	(MM “Neoplasms+”)	359,100
S7	(MM “Nuclear Medicine”)	818
S8	(MM “Tomography, Emission-Computed+”)	7,743
S9	“PET/CT”	4,119
S10	S1 OR S2 OR S3	670,382
S11	S4 OR S5 OR S6	372,914
S12	S7 OR S8 OR S9	10,968
S13	S10 AND S11 AND S12	23
S16	S10 AND S11 AND S12 (Limiters- Full Text)	8

Tabela 1 - Pesquisa na base de dados EBSCO: *CINAHL*

Código	Termos de pesquisa	Resultados
S1	(MM “Nurses+”)	61,876
S2	(MM “Nursing Care+”)	157,854
S3	(MM “Nursing+”)	157,854
S4	“Nursing Interventions”	4,072
S5	(MM “Neoplasms+”)	2,661,427

S6	“Cancer Patients”	151,915
S7	“Oncology”	480,584
S8	(MM “Nuclear Medicine”)	4,157
S9	(MM “Positron- Emission Tomography+”)	26,687
S10	“PET/CT”	22,477
S11	S1 OR S2 OR S3 OR S4	355,476
S12	S5 OR S6 OR S7	2,878,861
S13	S8 OR S9 OR S10	42, 315
S14	S11 AND S12 AND S13	7
S15	S11 AND S12 AND S13 (Limiters- Full Text)	2

Tabela 2 - Pesquisa na base de dados EBSCO: *MEDLINE*

EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

No total, foram 10 os artigos obtidos, sendo 8 na CINAHL e 2 na MEDLINE.

Destes, foi ainda eliminado um artigo repetido. Procedi à leitura dos resumos dos 9 artigos, excluindo 6 artigos pois não respondiam aos critérios de inclusão, ficando com apenas 3 artigos (2 na CINAHL e 1 na MEDLINE) que foram lidos na íntegra e que considero darem resposta à questão inicial.

Na procura de literatura que desse subsídios a este trabalho, efetuei pesquisa noutros locais como o Google Scholar e a Pubmed, tendo sido encontrados 2 textos adicionais que corresponderam aos critérios da pesquisa pelo que foram englobados. Assim na tabela 3 apresento os dados dos artigos selecionados para a concretização da presente revisão *scoping*, sendo os 3 primeiros encontrados nas bases da CINAHL e MEDLINE e os 2 últimos encontrados no Google Scholar e na Pubmed.

Título/autores/ano	Objetivos/metodologia/participantes	Conclusões/Implicações para a enfermagem
<p>PET/CT-Guided Interventions in Oncology Patients: A Nursing Perspective (Tylor, Keller & Maybody, 2017)</p>	<p>Discutir a necessidade de uma abordagem colaborativa, centrada no doente, no atendimento da pessoa com doença oncológica submetida a intervenções PET/CT, para atingir resultados de qualidade.</p> <p>Estudo qualitativo descritivo.</p> <p>Enfermeiros.</p>	<p>Os enfermeiros estão envolvidos em todos os aspetos dos cuidados aos doentes, submetidos a biopsia guiada por PET /CT, nos períodos pré, intra e pós-procedimento.</p> <p>O papel do enfermeiro é essencial na prestação de cuidados seguros e a fornecer educação, sendo o elemento-chave na comunicação com o doente e família. Os enfermeiros também transmitem informação aos colegas de enfermagem que prestam cuidados a doentes internados e em ambulatório, submetidos a PET/CT. É importante para os doentes, serem atendidos por profissionais de enfermagem confiantes, num ambiente tecnológico stressante, bem como, perceberem a qualidade dos cuidados e a informação fornecida.</p> <p>O enfermeiro deve estar ciente dos possíveis diagnósticos de enfermagem ao cuidar de doentes submetidos a intervenções guiadas por PET /CT.</p> <p>A colaboração do pessoal de enfermagem na equipa multidisciplinar de medicina nuclear, é fundamental para alcançar resultados de sucesso no atendimento ao doente submetido a biópsia guiada por PET / CT. Permite opções de tratamento ótimas muitas vezes, evitando procedimentos desnecessários, com benefícios clínicos, de recursos financeiros e de atendimento ao doente. Os enfermeiros defendem o doente ao promoverem práticas seguras, através de ampla educação e apoio, segurança radiológica e colaboração em equipe coesa. Com o aumento dos exames PET / CT usados em doentes oncológicos, os cuidados de enfermagem, continuam a tornar-se mais especializados e a impactar o crescimento atual das modalidades de imagem radiológica de intervenção.</p>

<p>Thyrogen Scans for Detecting Recurrent Thyroid Cancer (Simon, 2012)</p>	<p>Proporcionar ao enfermeiro de radiologia, uma compreensão básica sobre a tiroide e a sua função.</p> <p>Fornecer informações sobre o tratamento e a monitorização da doença, e formar enfermeiros de radiologia no seu papel perante um doente submetido a PET/CT com estimulação por Thyrogen®.</p> <p>Estudo qualitativo descritivo.</p> <p>Enfermeiros.</p>	<p>Ser submetido a um exame para avaliar a recorrência do cancro, pode evocar fortes emoções ao doente.</p> <p>Os enfermeiros desempenham um papel importante como defensores dos doentes, são eles que, muitas vezes identificam questões e preocupações, pelas quais os doentes podem estar passando.</p> <p>Os enfermeiros com experiência em oncologia podem explicar melhor os novos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento do cancro, incluindo PET scan e radio- imunoterapia e ajudar os doentes a tomar as decisões adequadas.</p> <p>Os enfermeiros precisam chegar de uma forma compassiva aos doentes para com eles criar uma relação de confiança, que garanta a qualidade dos cuidados e uma viagem segura através dos procedimentos.</p>
<p>Radiology Nursing (Goodhart &Page, 2007)</p>	<p>As autoras apresentam uma visão geral do papel que os enfermeiros têm nas várias valências de diagnóstico por imagem, incluindo medicina nuclear. Argumentando que a enfermagem em radiologia é um campo relativamente novo em que os enfermeiros podem desenvolver várias habilidades para cuidar dos doentes.</p> <p>Artigo de opinião</p> <p>Não aplicável</p>	<p>O papel do enfermeiro na medicina nuclear inclui a educação e preparação dos doentes para os exames. Podendo incluir a colocação de cateteres venosos periféricos, colheita de sangue, administração de fármacos, radiofármaco e oferecer conforto físico e emocional aos doentes submetidos a exames de medicina nuclear.</p> <p>Os enfermeiros de radiologia devem ser competentes em muitas áreas, capazes de pensamento crítico para identificar potenciais problemas e intervir adequadamente.</p> <p>As habilidades de comunicação são extremamente importantes, para o enfermeiro ir ao encontro do doente, educando-o sobre as condições da doença, os procedimentos envolvidos, medicamentos administrados e os cuidados de acompanhamento necessários após a sua saída do departamento.</p>

		<p>O enfermeiro apoia o doente, comunica as suas necessidades à restante equipa e garante a privacidade.</p> <p>A competência de enfermagem significa sempre pensar à frente para identificar problemas potenciais que podem afetar a segurança do doente e implementação oportuna de intervenções apropriadas.</p>
<p>A Enfermagem em Radioiodoterapia: Enfoque nas Necessidades de Ajuda dos Doentes (Oliveira e Moreira, 2009)</p>	<p>Descrever as necessidades de ajuda expressas por doentes, submetidos à radioiodoterapia e analisar os cuidados de enfermagem requeridos para atender às necessidades identificadas.</p> <p>Estudo de caso representativo, longitudinal, descritivo.</p> <p>Doentes em tratamento num serviço de Medicina Nuclear.</p>	<p>Os resultados evidenciaram que as necessidades de ajuda expressas/manifestadas pelos doentes participantes do estudo, estão direcionadas principalmente, para a orientação para o autocuidado, apoio emocional e cuidados físicos. Necessidades coerentes com as condições decorrentes do adoecimento e reações ao tratamento, das incertezas acerca do prognóstico e, sobretudo, pelo confinamento por, pelo menos, quarenta e oito horas no quarto terapêutico.</p> <p>É fundamental o conhecimento do enfermeiro acerca dos sintomas, complicações e reações adversas da terapêutica instituída para que possa transmitir com segurança aos doentes, as informações necessárias.</p> <p>Na gestão do processo de cuidados de enfermagem a esses doentes deve-se ter em mente que, apesar da necessidade de “todo um saber fazer”, o risco é desenvolver uma prática técnica, somente pautada por padrões e normas que não garantem, ao doente, uma assistência holística e humanizada.</p> <p>É preciso que se estabeleça com os doentes, desde o início dos preparativos, uma relação próxima que continue no internamento e no período pós-dose terapêutica.</p> <p>As intervenções de enfermagem abrangem cuidados para atendimento de necessidades fisiológicas, emocionais e de educação dos doentes. A garantia da efetividade do cuidado de enfermagem a esses doentes é favorecida pela</p>

		<p>presença do enfermeiro, conduzindo o processo assistencial a partir da identificação das necessidades de ajuda dos doentes. Presença que, por contemplar a afetividade, habilidade de comunicação e conhecimento técnico e científico, é capaz de transcender as barreiras físicas impostas pelas normas de radioproteção. O entendimento de uma assistência de enfermagem, como resposta diretamente voltada para as necessidades dos doentes, configura-se como relação de ajuda.</p>
<p>Role of Nurses in Daily Nuclear Medicine (Vijayakumar, Briscoe & Vijayakumar, 2006)</p>	<p>O objetivo deste estudo é identificar o papel dos enfermeiros durante os procedimentos diários de medicina nuclear e discutir a influência que os enfermeiros têm na qualidade do atendimento, preparação do doente e segurança contra radiação na medicina nuclear.</p> <p>Estudo qualitativo exploratório.</p> <p>Enfermeiros.</p>	<p>Apenas alguns serviços de medicina nuclear dispõem de enfermeiros.</p> <p>Os enfermeiros são necessários para várias intervenções diagnósticas e terapêuticas em medicina nuclear desempenhando um papel importante. Procedem à administração de substâncias radioativas e outros medicamentos. Fazem a avaliação dos doentes e interagem com as pessoas, fornecendo informação sobre a preparação, explicando os procedimentos, confortando e tranquilizando os doentes.</p> <p>Durante a imagem PET / CT, as tarefas dos enfermeiros incluem monitorização da glicemia e de eventuais reações adversas.</p> <p>Os enfermeiros são essenciais para oferecer um atendimento de qualidade aos doentes, nomeadamente durante uma emergência em medicina nuclear. Os enfermeiros também desempenham um papel chave no alívio da ansiedade e do medo do doente, em relação aos procedimentos.</p> <p>Ao cuidar de doentes oncológicos, os enfermeiros com conhecimento das novas tecnologias, incluindo PET / CT e Radio imunoterapia, educam melhor os doentes sobre os novos avanços no diagnóstico e tratamento do cancro.</p> <p>Enfermeiros com treino em segurança contra radiação educam os doentes e outro pessoal para os efeitos da exposição à radiação</p>

Tabela 3 – Apresentação dos dados dos artigos selecionados

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os exames de imagem são uma ferramenta extremamente valiosa, utilizada no diagnóstico de doenças e alterações de estados de saúde. O objetivo é fornecer um excelente diagnóstico, com o mínimo desconforto para o doente. Trabalhar num departamento de diagnóstico por imagem pode ser estimulante para um enfermeiro desenvolver a sua prática, pois sendo uma área relativamente recente e diversificada, permite o desenvolvimento de várias aptidões e competências, no cuidado aos doentes submetidos aos procedimentos (Goodhart & Page, 2007).

Em todos os artigos analisados é defendido que os enfermeiros desempenham um importante papel na realização de procedimentos de medicina nuclear, sendo essenciais para oferecer uma prestação de cuidados seguros e um atendimento de qualidade aos doentes, no entanto, só alguns serviços dispõem de enfermeiros nas suas equipas (Vijayakumar, Briscoe, & Vijayakumar, 2006).

Os enfermeiros estão envolvidos em todos os aspetos dos cuidados aos doentes nos períodos pré, intra e pós-procedimento de medicina nuclear (Tylor, Keller & Maybody, 2017). Inseridos na equipa multidisciplinar, devem ser competentes em muitas áreas, capazes de pensamento crítico para identificar potenciais problemas e intervir adequadamente (Goodhart & Page, 2007).

Num ambiente tecnológico stressante, é extremamente importante a qualidade da informação fornecida aos doentes. Os enfermeiros promoverem práticas seguras, através de ampla educação e apoio (Tylor, et al, 2017). Os Enfermeiros tranquilizam e educam o doente e família acerca dos efeitos de exposição a radiações (Vijayakumar, et al, 2006).

As funções do enfermeiro, nestes departamentos, incluem a preparação dos doentes para exames e terapêuticas de medicina nuclear, realizando várias técnicas como a colocação de cateteres venosos periféricos, colheita de sangue, avaliação da glicémia capilar, administração de fármacos e radiofármacos (Goodhart & Page, 2007). Na assistência que prestam, os enfermeiros fazem a avaliação dos doentes e interagem com as pessoas, fornecendo informação sobre a preparação, explicando os procedimentos, confortando e tranquilizando os doentes. Representam o doente perante a equipa multidisciplinar, garantindo a privacidade e educando o doente sobre os seus direitos, orientando os cuidados para a satisfação das necessidades dos doentes e promovendo o conforto. (Vijayakumar, et al, 2006; Goodhart & Page, 2007).

No estudo realizado por Oliveira e Moreira (2009) as necessidades dos doentes dizem sobretudo respeito a orientação para o autocuidado, apoio emocional e cuidados físicos, decorrentes da situação de doença, da realização dos procedimentos e da incerteza do prognóstico.

Não só no diagnóstico, mas também na recidiva de cancro e nas terapêuticas, que despertam no doente fortes emoções (Simon, 2012), os enfermeiros desempenham um importante papel explicando ao doente os procedimentos (Vijayakumar, et al. 2007). Os enfermeiros com experiência em oncologia desempenham um papel importante como defensores dos doentes, pois são eles que, muitas vezes identificam questões e preocupações, pelas quais os doentes estão passando. Aumentando a compreensão do doente, reduzem a ansiedade e facilitam um procedimento bem-sucedido (Tylor, et al, 2017).

Todos os autores apontam o ensino e apoio como intervenções primordiais do enfermeiro, no alívio da ansiedade e do medo do doente, em relação aos procedimentos e resultados. As habilidades de comunicação são identificadas com extremamente importantes, para o enfermeiro ir ao encontro do doente, sendo este profissional apontado como o elemento-chave no estabelecimento de uma comunicação efetiva com as pessoas (Tylor, et al, 2017). Os enfermeiros precisam chegar de uma forma compassiva aos doentes, para com eles criarem uma relação de confiança, que garanta a qualidade dos cuidados e uma viagem segura através dos procedimentos (Simon, 2012).

O enfermeiro garante a efetividade do cuidado de enfermagem aos doentes, conduzindo o processo assistencial a partir da identificação das necessidades de ajuda dos doentes, contemplando a afetividade, habilidade de comunicação e conhecimento técnico e científico. As intervenções de enfermagem abrangem cuidados para atendimento das necessidades fisiológicas, emocionais e de educação dos doentes. Na gestão do processo de cuidados de enfermagem, nos departamentos de medicina nuclear, além de desenvolver uma prática técnica, é fundamental o estabelecimento de uma relação enfermeiro/doente que garanta uma assistência holística e humanizada. O entendimento de uma assistência de enfermagem, como resposta diretamente voltada para as necessidades dos doentes, configura-se como relação de ajuda (Oliveira e Moreira 2009).

CONCLUSÕES

Nos resultados obtidos pela revisão *scoping*, efetuada, todos os autores são unânimes em ressaltar as intervenções de enfermagem de educação e apoio aos doentes oncológicos perante a realização de exames ou terapêuticas de medicina nuclear. É ainda evidenciada a importância de um atendimento humanizado e o estabelecimento de comunicação eficaz para promover o conforto físico e emocional dos doentes.

Conclui-se que é essencial o enfermeiro integrar a equipa multidisciplinar nos serviços de Medicina Nuclear, embora nem sempre isso ocorra. Além da intervenção instrumental óbvia do enfermeiro na administração endovenosa de fármacos e radiofármacos para realização de exames e terapêuticas de medicina nuclear, a intervenção relacional e de apoio/educação tornam-se essenciais na promoção do conforto e na eficácia dos exames e terapêuticas. O enfermeiro torna o atendimento mais humanizado, identifica as necessidades multidimensionais da pessoa e intervém dando resposta a essas necessidades que passam pela necessidade de segurança, de tranquilidade, de conforto e de ensino.

Da pesquisa efetuada, verifica-se que a bibliografia identificada é muito limitada, constatando-se que esta é uma área do conhecimento em enfermagem pouco explorada e que precisa de ser investigada.

Apesar dos resultados o estudo teve limitações ao incluir apenas artigos em Full Text e bases de dados referenciadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, C., Grilo, A., Lucena, F., & Carolino, E. (2017). Oncological patient anxiety in imaging studies: the PET/CT example. *Journal of Cancer Education*, 32(4), 820-826.

Direção Geral da Saúde (2016). Portugal – Doenças Oncológicas em números 2015.

Goodhart, J., Page, J. (2007). Radiology nursing. *Orthopaedic Nursing*, 26(1), 36-39.

Pereira, M., Lopes, C. (2005). O doente oncológico e a sua família. (11ª ed.). Climepsi Editora. Lisboa, Portugal.

Ferreira, F. (2008). Avaliação de medidores de atividade e câmaras cintilográficas utilizados em medicina nuclear em Sergipe. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Sergipe. 2008

Giraldes, M. R. (2010). Avaliação de novas tecnologias PET/CT Medicina Nuclear. *Acta Médica Portuguesa* 2010: 23(2):291-310.

Hogg, P., & Lawson, R. (2015). An overview of nuclear medicine imaging procedures. *Nursing Standard*, 30(13), 52-59.

Leite, R. (2007). Assistência humanizada de enfermagem ao paciente oncológico. In *Enfermagem Oncológica*. Mohallem, A.; Rodrigues, A. – Barueri, SP: Manole (p.187-193). ISBN 85-204-2209-8.

Munn, Z., & Jordan, Z. (2011). The patient experience of high technology medical imaging: a systematic review of the qualitative evidence. *Radiography*, 17(4), 323-331.

Murta, E., Nomelini, R. (2010). Métodos de imagem no estadiamento das neoplasias malignas de colo uterino. *Femina*, 38(1).

OCDE/European Observatory on Health Systems and policies (2017), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. em: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285385-pt>.

Oliveira, A., & Moreira, M. (2009). A enfermagem em radioiodoterapia: enfoque nas necessidades de ajuda dos clientes. *Rev. enferm. UERJ*, 17(4), 527-532.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby

Rezapour, R. (2010). Nurses role in nuclear medicine team. 14º Iranian Annual and International Congresso of Nuclear Medicine, Mashhad, Iran. *Iran Nucl Med*; 18:(suppl 1).

Sherry, I. (2000). Nuclear medicine: will I glow in the dark, nurse?. *Nursing Standard (through 2013)*, 14(19), 48.

Silva, L. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237.

Simon, J. (2012). Thyrogen Scans for Detecting Recurrent Thyroid Cancer. *Journal of Radiology Nursing*. www.radiologynursing.org

Stoller, P. (2004). *Stranger in the Village of the Sick: A Memoir of Cancer, Sorcery, and Healing*. Boston, Estados Unidos: Beacon Press.

Taylor, J., Keller, L., Maybody, M. (2017). PET/CT- Guided Interventions in Oncology Patients: A Nursing Perspective. *Journal of Radiology Nursing* 36, 99-103.
Journal homepage: www.radiologynursing.org

Teodoro, R. (2013). *O impacto psicossocial do distress em doentes oncológicos: Género, tempo de diagnóstico e tipo de cancro* (Doctoral dissertation, ISPA-Instituto Universitário).

The Joanna Briggs Institute (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers'

Manual: 2015 edition/supplement. Adelaide: JBI. Disponível em:
http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf.

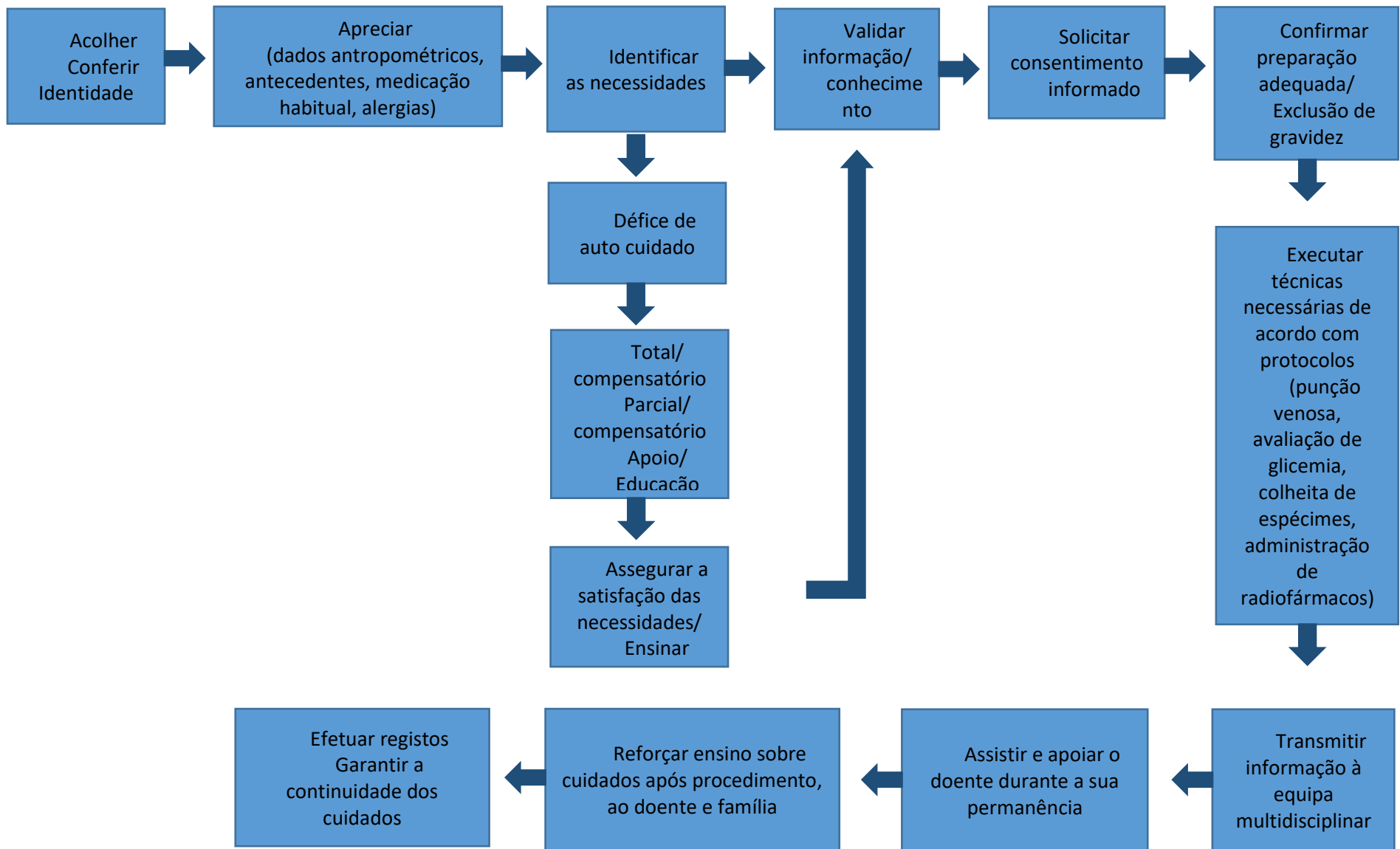
Vijayakumar, V., Briscoe, E., Vijayakumar, S. (2006). Role of Nurses in Daily Nuclear Medicine. *The Internet Journal of Nuclear Medicine*. Volume 3 Number 2.

APÊNDICE III – CHECKLIST

“Intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear”

Conferir identidade	<input type="checkbox"/>	Proveniência	Requisitos necessários para o procedimento			
Apreciação do doente		Ambulatório	<input type="checkbox"/>	Exclusão de gravidez	<input type="checkbox"/>	
		Internamento	<input type="checkbox"/>	Preparação adequada	<input type="checkbox"/>	
		Na instituição	<input type="checkbox"/>	Avaliação da glicémia	<input type="checkbox"/>	
		Noutra instituição	<input type="checkbox"/>	Colheita de espécimes	<input type="checkbox"/>	
		Acompanhante/contacto		Colocar cateter venoso periférico	<input type="checkbox"/>	
		Antecedentes pessoais		Administrar radiofármaco	<input type="checkbox"/>	
		Diabetes	<input type="checkbox"/>	Retirar cateter venoso periférico	<input type="checkbox"/>	
		Insulina	<input type="checkbox"/>	Reforçar informação	<input type="checkbox"/>	
		HTA	<input type="checkbox"/>	Registos	<input type="checkbox"/>	
		Asma/DPOC	<input type="checkbox"/>	Observações:		
		Alergias	<input type="checkbox"/>			
		1ª vez?	<input type="checkbox"/>			
		Mostra conhecimento	<input type="checkbox"/>			
Consentimento Informado	<input type="checkbox"/>	Défice de Autocuidado	<input type="checkbox"/>			
Diagnóstico que justifica a intervenção			Avaliação da intervenção	Eficaz	Não Eficaz	
Intervenção de Enfermagem		Assistência no autocuidado no controle das eliminações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		Assistência no autocuidado no controle da mobilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Totalmente compensatório (T)	Assistência no autocuidado no suporte nutricional/hidratação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Parcialmente compensatório (P)	Assistência no autocuidado na promoção do conforto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Apoio/educação (E)		Assistência no autocuidado no controle respiratório	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Educação do paciente Ensino sobre procedimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Promoção do conforto psicológico Redução da ansiedade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**APÊNDICE IV – Fluxograma da Intervenção de
Enfermagem no Acompanhamento do Doente Oncológico
Submetido a Exames e Terapêuticas de Medicina Nuclear**



**APÊNDICE V – 1ª REFLEXÃO CRÍTICA DE
APRENDIZAGEM**

Esta reflexão diz respeito a uma situação da prática, que foi relevante porque me ajudou a perceber como a comunicação e a assertividade de um profissional de enfermagem podem ser determinantes no resultado e na experiência do doente oncológico, perante um procedimento de medicina nuclear, e vai ser elaborada com base na literatura e na minha experiência.

O cancro provoca profundas alterações na vida das pessoas, levando a necessidades de adaptação e reajustamento no cumprimento dos seus requisitos de autocuidado na vivência do processo de doença. Segundo Orem (2001) a forma como cada indivíduo se adapta não é instintiva, mas sim aprendida. A mesma autora defende que o ser humano tem capacidade para aprender e desenvolver-se. Sendo que esta aprendizagem está sujeita a algumas condicionantes como a idade, a capacidade mental, a cultura, a sociedade, o estado emocional e o estado de saúde (Orem, 2001). Quando presta cuidados, o enfermeiro não pode esquecer que o doente tem uma história, uma personalidade, que se insere num contexto sociocultural e ambiental e deve adequar a comunicação às características da pessoa. Segundo Riley (2004), a comunicação no cuidar é holística, pois considera a pessoa como um todo. Promove o estabelecimento de relacionamento significativo com o doente (Stefanelli, 2005), assumindo uma grande relevância no âmbito da oncologia.

“A comunicação é um processo de criação e recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre as pessoas (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal e, de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005, p. 23). Neste processo existe um emissor que na interação com o outro, pretende transmitir uma mensagem. Ao recebê-la, o recetor irá descodificá-la e codificar uma mensagem de retorno, tornando-se ambos emissores e recetores na interação (Riley, 2004; Stefanelli, 2005). Embora o ato de comunicar seja inato e esteja presente em todas as situações da nossa vida, assume um significado especial perante a vulnerabilidade da pessoa com doença oncológica, uma vez que o enfermeiro pode influenciá-la com o seu desempenho profissional (Phaneuf, 2005). “O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente” (Querido, Salazar e Neto, 2010 p. 463). O que pressupõe da parte dos enfermeiros, o desenvolvimento de

competências de comunicação essenciais nas interações com os doentes e as famílias a seu cuidado. Phaneuf (2005), define competência como o conjunto de habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamento socio-afetivo que permitem desempenhar um papel ou uma função. Em enfermagem, baseia-se nas características pessoais do enfermeiro, que assumem uma importância decisiva na forma como a comunicação se desenvolve (Phaneuf, 2005; Stefanelli, 2005).

Admitindo que a comunicação é uma intervenção de primordial importância no estabelecimento da relação de ajuda, essencial à prestação dos cuidados de enfermagem, reflito sobre esta situação real que para mim foi significativa, pois implica o desenvolvimento de competências do domínio das aprendizagens profissionais como o auto-conhecimento e a assertividade no estabelecimento de relações terapêuticas (OE, 2010).

Na unidade de PET, preparávamo-nos para receber o último doente marcado para aquele dia, quando ouvimos no exterior uma forte voz masculina que reclamava pelo atraso. O assistente operacional esforçava-se por justificar o sucedido ao que ouvimos responder “não quero saber disso para nada, não tarda nada não faço exame nenhum”. Eu e a enfermeira orientadora entreolhamo-nos e senti que ela inspirava profundamente antes de se dirigir ao doente.

Saiu da sala e veio ao corredor, “Sr. S., como está? Sou a enfermeira X. Faça o favor de entrar”. O doente era um homem corpulento, entrou na sala já reclamando com o atraso. A enfermeira convidou-o a acomodar-se no cadeirão. O doente continuava dizendo que era inadmissível “sou diabético, estou há imenso tempo sem comer, até me estou a sentir mal”. Imediatamente a enfermeira questionou se fazia insulina. Não. Dá-me licença que verifique a glicémia, tenho que fazer “uma picadinha no dedo”. “Faça lá”. Aferido o valor da glicémia capilar, a enfermeira disse em voz alta 89 mg/dl. “O que é isso?” “É o valor do açúcar no sangue, está dentro dos parâmetros normais”. O doente parou de reclamar e ficou calado. A enfermeira, sentou-se junto do doente e continuou: “Sr. S., tem conhecimento do exame que vem realizar?” “Sei lá, foi o médico que pediu isso e não tenho vontade nenhuma de o fazer, tem sido uma trapalhada, há que tempos que me queixei e a dizerem-me que tinha uma hérnia... e agora falam-me em radioterapia!”

A enfermeira explicou a finalidade do exame, os procedimentos e continuou: “vou então puncionar uma veia onde posteriormente será administrada uma substância radioativa” ... “O quê?! Radiação, agora é que não faço mesmo nada!”

Mostrava-se zangado, inquieto, a enfermeira voltou a explicar calmamente o exame, dizendo que não era um procedimento perigoso e que era importante para a sua situação clínica. “Não faço, não faço (...) então escreva num papel uma declaração em como a radiação não me provoca nada de mal, isso que dizem é só balelas... estou farto de incompetência, eu é que decido, só faço se eu quiser, era o que faltava, quem manda em mim sou eu...!” A enfermeira respondeu que não faria nada contra a sua vontade e que não sendo da sua competência passar a dita declaração iria chamar o médico. “Isso ele que venha, sempre estou para ver...”

A médica veio inteirar-se da situação e, tal como a enfermeira, explicou que o radiofármaco não tinha ação farmacológica e que a quantidade de radiação administrada era criteriosamente calculada em função da massa corporal, não havendo notícia de efeitos adversos... foi logo interrompida, “está-me a dar música? Eu quero um papel escrito, não me interessa nada o que está para aí a dizer, ou então não faço o exame!” Ao que a médica respondeu: “se o Senhor não quer fazer o exame, não faz!” Segundo, Gueibe (2004), a recusa de cuidados é pouco frequente, mas acontece. O mesmo autor defende que “é preciso aceitar que o doente tem a liberdade de gerir a sua saúde como entender” (p.76), mas para que tal aconteça deve estar informado.

O doente continuou: “claro que não faço, mas sabe quanto tempo eu estive à espera para vir fazer este exame?” Sim, parece que houve um problema, tivemos dificuldade em contactá-lo, aparentemente o seu contacto telefónico estava errado. “Foi a burra da brasileira” (referindo-se à assistente técnica que tinha feito o registo dos seus dados), “cabeças no ar, em vez de estarem com atenção ao trabalho... só a mim! Já o médico... eu a queixar-me e ele a dizer que era normal, uma hérnia ou lá o que era e agora (...) aí, como é o nome? (...) linfoma, veja lá! Linfoma (...) logo tive o azar de me calhar um preto!”. Confesso que me senti desconfortável! A comunicação pressupõe permitir que o outro se exprima, mas não só ouvi-lo e percebê-lo, como identificar as emoções que as suas palavras suscitam em nós (Phaneuf, 2005). A enfermeira manteve a sua

postura, não discutiu a interpretação do doente e foram ignorados os comentários xenófobos e racistas, porque segundo Phaneuf (2005) “há maneiras de ser que nos repugnam, sofrimentos que nos transtornam e valores expressos que são difíceis de acolher” (p.157), no entanto, não nos compete julgar as pessoas nem as aprovar, mas sim escutá-las. De acordo com o código deontológico dos enfermeiros, no seu artigo 102.^o, no que respeita aos valores humanos, o enfermeiro deve abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa e não lhe impor os seus próprios critérios e valores (OE, 2015). Segundo Phaneuf (2005), devemos sempre evitar fazer julgamentos sobre os doentes que cuidamos, pois, a partir do momento em que o fazemos comprometemos as possibilidades de com eles criar uma relação válida. O julgamento prejudica a aceitação e o respeito e torna a empatia muito difícil. A compreensão empática corresponde à capacidade de o profissional se conseguir pôr na situação do outro e tentar ver através dos seus olhos, mas sempre ciente de que ele não é o outro (Phaneuf, 2005; Pinto, 2014). Nestas circunstâncias a enfermeira, embora sem sintonia com o doente poderá adotar uma posição que lhe permita ajudá-lo (Benner, 2001). A médica que parecia ter a intenção de se retirar, perante a atitude da enfermeira, que procurava estabelecer uma comunicação efetiva com o doente, optou por ficar e em conjunto iniciaram uma conversa que pretendia conhecer o doente e as suas razões.

Segundo Orem (2001), no contacto com as pessoas que estão sob os cuidados de enfermagem, as enfermeiras devem procurar saber: as razões para a receção dos cuidados de saúde, as experiências que a pessoa viveu em situações semelhantes; a idade; o sexo; a situação familiar; evidência do estado de desenvolvimento por etapa do ciclo de vida e evidência do estado de saúde. Ter conhecimento antecipado sobre as condições dos doentes seria uma mais valia na condução da entrevista, no entanto esta não está disponível. Constatando-se que “a enfermagem é praticada em contextos reais, com dificuldades, possibilidades e recursos reais.” (Benner, 2001, p. 20).

Esta pessoa de 75 anos, militar aposentado, combateu em várias missões na guerra do ultramar, e segundo viemos a saber posteriormente, sofreria de stress pós-traumático. O facto de o doente se ver perante uma situação de doença grave, que tem dificuldade em aceitar pode provocar revolta, que expressa em atitudes de raiva para com o médico e outros profissionais de saúde, por não

terem agido a tempo ou lhe terem imposto uma “sentença de morte”. “O comportamento agressivo pode resultar da raiva, uma emoção em resposta a um sentimento de impotência ou descontrolo” (Riley, 2004, p.284). Segundo Kubler-Ross (1969), é importante que esta revolta seja exteriorizada, uma vez que é praticamente inevitável. A mesma autora recomenda tolerância, por parte dos profissionais de saúde, perante estas manifestações, pois a sua expressão poderá levar a algum alívio e eventual aceitação por parte do doente. “As intervenções de cuidados consistem neste caso em aceitar incondicionalmente a pessoa apesar do ressentimento que ela manifesta e deixá-la exprimir a sua cólera” (Phaneuf, 2005). Também de acordo com a autora, uma escuta atenta da pessoa doente, pode deixar antever o medo perante um tratamento ou um exame, em si mesmo ou pelo desconforto que possa causar.

Segundo Benner (2001), “Se já é preciso muita competência para educar alguém quando as condições são boas, torna-se muito mais delicado quando se trata de um doente com medo” (p. 103). Numa tentativa de guiar e ajudar a pessoa numa situação confusa, a enfermeira, é tão clara quanto possível nas explicações e utiliza todas as suas competências de comunicação. Introduzir um tema de conversa, agradável para o doente e até um pouco de humor, permitiu aliviar a tensão.

Quando o ambiente parecia mais desanuviado, tendo o doente, já assumido que faria o exame. A enfermeira, mantendo uma postura tranquila e uma voz calma, solicitou consentimento para puncionar uma veia. Mais uma dificuldade, “não me vai picar aí, pica aqui deste lado!” A enfermeira argumentava que o local indicado não era o mais apropriado..., “mas eu é que digo onde pode ou não e estou-lhe a dizer que pica aqui, então o corpo é meu!” O comportamento hostil do doente toma a forma de crítica “não é capaz!”, “não consegue apanhar a veia?!” Mesmo assim, segundo Phaneuf (2005), é necessário ter a capacidade de compreender o que perturba a pessoa, aceitá-la enquanto ser humano e exprimir a sua empatia, sem necessariamente aceitar as suas atitudes. Benner (2001) defende que as enfermeiras experientes aprendem a comunicar em situações extremas, utilizando para tal todos os seus recursos pessoais. A abordagem da enfermeira foi suave, mas firme, apresentando as suas razões, negociou com o doente o local a puncionar. Assim foi feita a preparação

necessária. O exame foi realizado, e no final, apesar de nunca se mostrar muito cordial, até fez uns gracejos, numa tentativa que me pareceu, para se desculpar.

O cancro coloca a pessoa perante uma grande incerteza e insegurança. É fundamental que os profissionais detenham competências de comunicação de modo a apoiar a pessoa em crise. A comunicação terapêutica implica a utilização consciente das técnicas de comunicação, tendo presente que tudo o que se faz, é alvo de interpretação por parte do doente (Riley, 2004). O desenvolvimento desta comunicação depende em muito das características pessoais do enfermeiro que conduz o processo (Stefanelli, 2005) e neste caso foram fundamentais.

Phaneuf (2005), diz que um encontro que começa mal dificilmente se reconstrói, mas nesta situação a que assisti, a enfermeira conduziu o processo de comunicação de forma a recuperar a confiança do doente e a promover o seu bem-estar. Nesta interação com o doente posicionei-me no papel de observadora. Fui refletindo enquanto se desenrolava a interação com o doente. Se não fosse o empenhamento profissional da enfermeira, este episódio ter-se-ia resumido ao “se não quer fazer o exame, não faz!”. Admirei a capacidade da enfermeira na construção de uma comunicação eficaz, sem julgamento e de como a sua experiência interferiu positivamente na interação com esta pessoa, sem demonstrar qualquer melindre. Segundo Benner (2001), com a experiência a enfermeira aprende a compreender a singularidade dos doentes e os sentimentos que estes escondem nos comportamentos e nas palavras que empregam. Considerei este episódio como um verdadeiro exercício de comunicação e apercebi-me de como estas competências são fundamentais para assistir o doente oncológico. De acordo com Schon (2000), na prática reflexiva, a reflexão ocorre durante a ação e sobre a ação. Assim, após este episódio, eu e a enfermeira orientadora tivemos a oportunidade de refletir em conjunto, porque também ela, perante esta situação difícil, teve necessidade de analisar as suas atitudes, a sua postura e os seus gestos. Se a competência de enfermagem se baseia antes de mais, nas qualidades pessoais da enfermeira, neste caso, fizeram dela uma pessoa atenta ao doente, capaz de decidir, agir e ser empática. A capacidade de negociação, a flexibilidade e a confiança foram também capacidades essenciais na situação de comunicação (Phaneuf, 2005). É necessário ser sensível às pessoas que tenham características diferentes das

nossas e adaptar a comunicação (Riley, 2004). Estarmos atentos à forma como nos expressamos verbalmente, nomeadamente adaptando a linguagem à pessoa, aos movimentos corporais e à postura, pois estes também enviam mensagens. Ter em conta o contato visual, a expressão facial e ficar à altura do doente, são aspetos a ter em conta quando nos queremos mostrar disponíveis para ouvir.

Senti que mesmo numa situação difícil, foram demonstradas técnicas de comunicação eficazes, para promover o bem-estar de uma pessoa com cancro e prestados cuidados ao indivíduo de forma holística, tolerante e sem julgamentos, promovendo os seus direitos e desejos individuais, conforme é preconizado pela EONS (2013). O facto de a enfermeira ser gentil, atenciosa e verdadeira na relação, proporcionou conforto e transmitiu calma. Especialmente a vontade de não julgar, ao exprimir através do comportamento verbal e não verbal o respeito pela pessoa e a compreensão dos seus comportamentos e motivações. A experiência que resulta de estar presente nas situações e a reflexão sobre as mesmas, permite o desenvolvimento de competências na nossa área de atuação. Ao elaborar este texto refleti sobre os sentimentos que experimentei nesta situação. Tenho consciência de que as minhas características pessoais, os meus valores e as minhas convicções, podem condicionar o meu desempenho e o meu agir profissional. Apesar de ter muitos anos de experiência, no contacto com os doentes, nunca me deparei com uma situação destas. O conhecimento que tenho de mim própria, obriga-me a reconhecer a minha impulsividade e a investir constantemente no treino de comportamentos/atitudes/comunicação assertivos. Questionei-me se seria capaz de ignorar completamente os modos rudes do doente, sem tecer qualquer comentário, respondendo às necessidades do doente de forma compreensiva e afável. Nas aulas de comunicação, aprendi que, nestas situações, mesmo quando “ofendem” e “agridem”, os doentes, não estão, geralmente, direcionados à pessoa que os cuida. Os enfermeiros, apenas são apanhados nestas manifestações em que os doentes exprimem a sua zanga com a vida, com o universo, com Deus. Ser capaz de ver para além do comportamento e das palavras. Entender o medo e o sofrimento do doente perante uma situação de doença oncológica, ajuda o enfermeiro a manter a sua atitude profissional e a guiar o doente. Acho que não me vou esquecer deste episódio, porque ele foi

marcante para mim. Perante situações como a descrita, pretendo mostrar as capacidades adquiridas e gerir a minha atuação profissional, no sentido da aceitação da pessoa, única na sua história de vida, experiência, desejos e preocupações.

Como membro de um corpo profissional e do ponto de vista deontológico, devo prestar cuidados de qualidade a todas as pessoas. Não fazer juízos de valor é uma das primeiras habilidades a desenvolver na relação de ajuda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cancer Nursing Curriculum. (2013) *European Oncology Nursing Society (EONS)*. Brussels: European Oncology Nursing Society.

Gueibe, R. (2004). O sofrimento: uma história na vida de quem cuida e de quem é cuidado. In Hesbeen, W. *Cuidar neste mundo* (pp. 71-85). Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. Loures

Kübler-Ross, E. (1969). *On Death & Dying*. Collier Books. New York

Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação, Loures. Lusociência.

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf

Pinto, A. (2014). A relação de ajuda nos cuidados paliativos: a abordagem humanista de Carl Rogers. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 62-69. http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf.

Querido, A., Salazar, H. e Neto, I. (2010). Comunicação. Em A. Barbosa, e I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Riley, B. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª edição Loures:
Lusociência

Schon, D. (2000). *Educando o Profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Stefanelli, M., Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri, SP: Manole

APÊNDICE VI - Serviço de Medicina Nuclear B

Este Serviço de Medicina Nuclear é um serviço hospitalar de Ação Médica, que se encontra integrado no Departamento de Imagem de uma instituição hospitalar do Porto.

Desenvolve a sua atividade na área de diagnóstico e terapêutica utilizando radiofármacos. Dispõe de um espaço físico devidamente identificado e de um quadro de pessoal próprio, tendo a capacidade técnica para realizar praticamente todos os exames de Medicina Nuclear.

Tem como missão a realização, em tempo útil de atos médicos de diagnóstico e terapêutica, ensino, formação e investigação científica, no domínio das aplicações médicas de radiofármacos.

Tem como objetivos responder de forma pronta e eficiente, em tempo útil, às necessidades da instituição no que respeita à Medicina Nuclear. Avaliação do exame/tratamento requisitado, tendo em conta vantagens e inconvenientes para o doente. Respeito escrupuloso pelo doente, com atendimento humanitário e criterioso, de acordo com os direitos dos doentes. Resposta a solicitações de exames de Medicina Nuclear por entidades externas tanto ao abrigo de protocolos como a pedidos individuais, de acordo com o determinado pelo Conselho de Administração.

O serviço dispõe de um tomógrafo PET/CT e de 4 câmaras gama.

A equipa multidisciplinar é composta por 8 médicos, 7 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 2 físicos, farmacêutico, 2 assistentes técnicos, 2 assistentes operacionais e enfermeiros. Neste serviço a equipa de enfermagem pertence ao departamento de imagem. Esta equipa de 15 enfermeiros é coordenada por uma enfermeira chefe que faz a gestão da equipa pelas valências do departamento. Assim diariamente de 2^a a 6^a feira estão escalados dois enfermeiros para o serviço de medicina nuclear, assumindo cada um deles respetivamente a unidade de medicina nuclear convencional e a unidade de PET. Os Enfermeiros do Serviço de Medicina Nuclear são nomeados pela Direção de Enfermagem, devendo ser consultados a Chefia de Enfermagem e o Diretor do Serviço de Medicina Nuclear. Os Enfermeiros destacados para o Serviço de Medicina Nuclear devem possuir conhecimentos de proteção radiológica e radiofármacos. De acordo com o regulamento interno do serviço, as funções destes profissionais no Serviço, destacam as funções de ensino ao utente/ família, administração de radiofármacos, registo informático e/ou no

processo clínico, avaliar o utente durante o tempo de permanência no Serviço e como responsabilidades, confirmar pela requisição o exame que vai ser efetuado, efetuar o ensino ao utente/familiar em função do exame, apoiar e encorajar o utente/ família, puncionar ou cateterizar veia periférica (conforme o exame), administrar o radiofármaco, registando o local de administração e outras observações relevantes, avaliar o estado do doente antes de este abandonar o serviço.

A legislação estabelece os limites anuais de dose para os profissionais expostos à radiação ionizante, pelo que os enfermeiros estão obrigados ao uso de dosímetros individuais para avaliação de exposição de corpo inteiro e de extremidades.

Os registos de enfermagem são efetuados no programa informático SiiMA, uma plataforma de gestão de serviços clínicos especificamente criada para serviços de medicina nuclear.

APÊNDICE VII - Serviço de Medicina Nuclear C

O Serviço de Medicina Nuclear C, localiza-se numa instituição de saúde na área da grande Lisboa. É um serviço de ação médica, integrado na área dos meios complementares de diagnóstico do Hospital em que se insere, sendo o único serviço público da especialidade a Sul do Tejo.

Este serviço iniciou atividade em fevereiro de 1997, tendo sofrido obras de ampliação em 2016. Já em instalações renovadas, alargou o horário de funcionamento, de 10 para 12 horas diárias, funcionando de 2^a a 6^a feira das 8.00 às 20.00 horas, realizando um número anual de exames em câmara gama superior a 4.000. Conta com uma equipa multidisciplinar, composta por 5 médicos de medicina nuclear, farmacêutico, 2 físicos, 7 técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, 4 assistentes operacionais, 3 assistentes técnicos e 3 enfermeiras. A Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina Nuclear é simultaneamente Chefe do Serviço de Angiografia pelo que não se encontra em permanência no serviço de Medicina Nuclear.

No Serviço de Medicina Nuclear todas as práticas, dado que implicam o uso de fontes de radiação ionizante, têm em vista a observância rigorosa dos três princípios base da proteção e segurança radiológica, designadamente: a justificação das práticas, a sua otimização e a definição de limites para a exposição radiológica. Em conformidade com a legislação em vigor, que estabelece os limites anuais de dose para os profissionais expostos à radiação ionizante, os enfermeiros estão obrigados ao uso de dosímetros individuais para avaliação de exposição de corpo inteiro e de extremidades. O serviço está localizado no Piso 0 do edifício principal do Hospital e as suas instalações encontram-se em conformidade com a legislação nacional em vigor para serviços da especialidade.

A Missão do Serviço de Medicina Nuclear consiste em desenvolver a Medicina Nuclear na área de influência da Instituição, assegurando cuidados de saúde, nomeadamente realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, no contexto da estrutura assistencial da instituição e área de referência para a especialidade, bem como promovendo formação e investigação, com eficiência e garantia de qualidade. Visa ser a instituição de referência desta especialidade para toda a região Sul do País e a nível nacional para as subespecialidades de Pediatria Nuclear e Nefrologia Nuclear. Ao

introduzir em 2019 a valência de estudos PET/CT pretende igualmente começar a implementar a resposta na área de Oncologia Nuclear a nível da região.

Neste Serviço realizam-se procedimentos diagnósticos e terapêuticas em regime ambulatorio, de Medicina Nuclear. No cumprimento da sua missão pública de prestação de cuidados clínicos de Medicina Nuclear, realizam-se atos clínicos desta especialidade para Entidades Externas prescritoras, hospitalares ou de cuidados de saúde primários. O atendimento por parte do Serviço de Medicina Nuclear de doentes provenientes destas Entidades Externas é efetuado mediante procedimentos e protocolos acordados com estas Entidades e aprovados pelo Conselho de Administração.

Atualmente o Serviço de Medicina Nuclear, realiza, na área diagnóstica, exames de Medicina Nuclear convencional, através de um Equipamento de Câmara Gama e adquiriu recentemente, um Tomógrafo para a realização de exames PET/CT, encontrando-se atualmente este equipamento em fase final de instalação. O Serviço aguarda ainda a renovação da Licença Radiológica da Instalação, renovação essa indispensável para o início do funcionamento da Unidade PET/CT.

Os registos de enfermagem, que eram anteriormente efetuados em suporte de papel, passaram a partir de outubro de 2018, a ser efetuados no programa informático SiiMA, uma plataforma de gestão de serviços clínicos especificamente criada para serviços de medicina nuclear e no Sclinico, no caso dos doentes internados na instituição.

**APÊNDICE VIII – PLANO DA SESSÃO:
Intervenção de enfermagem na preparação do doente para
exames PET/CT com FDG**

PLANO DA SESSÃO

Tema: Intervenção de enfermagem na preparação do doente para exames de medicina nuclear

Destinatários: Enfermeiros

Local: Serviço de Medicina Nuclear

Data: 25/01/2019

Hora: 14.00h

Duração: 30 minutos

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTEUDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	AVALIAÇÃO
Identificar os procedimentos de enfermagem na preparação do doente para exames PET-CT com FDG	<p>Que os enfermeiros compreendam a importância da preparação do doente para exames PET-CT com FDG</p> <p>Que os enfermeiros identifiquem a sua intervenção de educadores na diminuição do stress do doente perante um exame de PET-CT com FDG</p>	<p>PET Aplicações desta tecnologia de imagem</p> <p>Preparação do doente para exames PET-CT com FDG</p> <p>Os doentes perante a realização de exames de medicina nuclear</p> <p>Os procedimentos de enfermagem na realização de PET-CT com FDG</p>	Método expositivo/participativo	<p>Sala de enfermagem</p> <p>Computador</p>	<p>Esclarecimento de dúvidas</p> <p>Entrega de documento de avaliação da sessão</p>

APÊNDICE IX
NORMAS DE PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM PARA
EXAMES:
PET/CT com FDG,
PET/CT com Ga-DOTANOC
e PET/CT com Ga-PSMA

	<h2 style="margin: 0;">NORMA DE PROCEDIMENTO</h2> <p style="margin: 0;">MED-NUC – 3XXX</p>	POL N.º 0XXX ou NPG N.º 1126
--	--	------------------------------------

<h3 style="margin: 0;">APROVAÇÃO</h3>

FINALIDADE:	Uniformizar procedimentos na preparação do doente para exames PET/CT com 18F-FDG
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros a exercerem funções no serviço de Medicina Nuclear.
PALAVRAS-CHAVE:	Preparação, doente oncológico, PET/CT, 18F-FDG

[Não escrever nesta zona da página]

Mod. 74/011

Autores	[Identificar autores]	Data de Elaboração	[Inserir data]
Verificação SGQ/CQSD	[Identificar responsáveis pela verificação]	Data de Verificação	[Inserir data]
Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	Data de Aprovação	[Inserir data]
Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	Data de Divulgação	[Inserir data]
Versão	2	Data de Revisão	[Inserir data]

CONCEITO

A PET/CT com 18F-FDG, permite imagens de alta resolução da função e do metabolismo e é aplicável a todas as partes do corpo para diagnóstico, estadiamento e follow-up.

É usada em **cardiologia** para avaliar a perfusão e viabilidade miocárdica.

Em **neurologia**, permite planejar cirurgia em casos de epilepsia, diagnosticar demências, incluindo o Alzheimer e doenças do movimento como Parkinson.

Em **oncologia** está indicada para a maioria dos tipos de neoplasia: para: diferenciação entre lesões malignas e benignas, deteção de tumor oculto, estadiamento de neoplasia conhecida, monitorização de eficácia terapêutica, diagnóstico diferencial entre tumor e fibrose em lesões residuais após terapêutica, deteção de recorrência tumoral, determinação de localização para biopsia e planeamento de radioterapia.

DESCRIÇÃO

A preparação deve ser fornecida antecipadamente através de folheto informativo ou contacto telefónico e conter uma breve descrição dos procedimentos e o tempo médio de permanência no serviço para realização do exame.

Preparação prévia:

Evitar exercício físico intenso nas 24 horas antes do exame.

Evitar alimentos ou bebidas com açúcar ou xantinas nas 12 horas prévias ao exame.

Soros glicosados devem ser suspensos 12 horas.

Jejum de 4 horas (pode e deve beber água neste período)

Doentes diabéticos insulino-tratados não devem administrar insulina ultra rápida nas 4 horas anteriores ao exame, insulina rápida nas 6 horas anteriores ao exame e insulina intermédia/lenta no mesmo dia da realização do exame.

No dia do exame, após entrevista com o clínico o enfermeiro deve:

- Preparar o espaço físico de forma a garantir condições de privacidade;
- Deslocar-se à sala de espera, chamar o doente pelo nome e apresentar-se ao doente/família;
- Esclarecer os acompanhantes, nomeadamente sobre a duração dos procedimentos;
- Permitir, quando haja justificação, a permanência do acompanhante no interior do serviço;
- Avaliar a situação clínica e adaptar as condições do serviço às necessidades do doente promovendo um ambiente seguro;
- Acompanhar o doente, apresentando o espaço físico;
- Perceber os conhecimentos que o doente tem acerca do exame que vai realizar;
- Informar o doente que deve trocar de roupa vestindo fato próprio do serviço;
- Solicitar ao assistente operacional que acompanhe o doente para troca de roupa, indicando cacifo com chave onde deve guardar os seus pertences;

- Pesar o doente;
- Confirmar a identidade do doente (utilizar sempre dois dados de identificação inequívoca: nome completo e data de nascimento, sendo que deve ser o doente a identificar-se);
- Acomodar o doente em cadeirão na sala de enfermagem;
- Verificar o nome do doente e exame no sistema informático;
- Confirmar a preparação adequada para realização do exame;
- Realizar ensino acerca do exame a que o doente irá ser submetido (no que consiste, como é realizado, duração, etc.);
- Explicar ao doente os procedimentos de enfermagem referentes ao exame a realizar e pedir consentimento;
- Ensinar sobre os cuidados a ter antes, durante e após a realização do exame;
- Demonstrar uma postura de total receptividade e disponibilidade;
- Dar espaço ao doente para que exponha as suas dúvidas, receios e preocupações;
- Realizar punção venosa com cateter periférico e adaptar torneira de três vias;
- Avaliar glicémia capilar (idealmente deve encontrar-se entre 70mg/dl e 150 mg/dl, sendo aceitáveis glicémias abaixo dos 200mg/dl);
- Colocar soro em curso para hidratação (500 ml, NaCl 0,9% em ritmo lento);
- Assegurar que o doente é acomodado em ambiente tranquilo, aquecido e em posição confortável em sala própria onde repousa idealmente por um período de 30min antes da administração do radiofármaco e 60min após a administração do mesmo;
- Administrar radiofármaco de acordo com o protocolo e com as normas de proteção radiológica;
- Colaborar nos posicionamentos para aquisição de imagens sempre que a condição do doente o justifique;
- Remover cateter venoso periférico;
- Reforçar ensino, se necessário;
- Efetuar registos no sistema informático do serviço;
- Efetuar registos sobre doentes internados, em Sclinico, promovendo a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Boellaard, R., Delgado-Bolton, R., Oyen, W.J.G. *et al.* (2015). FDG PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour imaging: version 2.0. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* **42**, 328–354 <https://doi.org/10.1007/s00259-014-2961-x>

Hogg, P., & Lawson, R. (2015). An overview of nuclear medicine imaging procedures. *Nursing Standard*, *30*(13), 52-59.

Taylor, J. S., Keller, L., & Maybody, M. (2017). PET/CT-guided interventions in oncology patients: a nursing perspective. *Journal of radiology nursing*, *36*(2), 99-103.

	<h2 style="margin: 0;">NORMA DE PROCEDIMENTO</h2> <p style="margin: 0;">MED-NUC – 3XXX</p>	POL. Nº 0XXX ou NPG Nº 1126
--	--	-----------------------------------

<h3 style="margin: 0;">APROVAÇÃO</h3>

FINALIDADE:	Uniformizar procedimentos na preparação do doente para exames PET com Ga-DOTANOC
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros a exercerem funções no serviço de Medicina Nuclear.
PALAVRAS-CHAVE:	Preparação, doente oncológico, PET/CT, 68Ga-DOTANOC

[Não escrever nesta zona da página]

Mod. 74/011

Autores	[Identificar autores]	Data de Elaboração	[Inserir data]
Verificação SGQ/CQSD	[Identificar responsáveis pela verificação]	Data de Verificação	[Inserir data]
Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	Data de Aprovação	[Inserir data]
Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	Data de Divulgação	[Inserir data]
Versão	2	Data de Revisão	[Inserir data]

CONCEITO

A tomografia por emissão de positrões (PET, do inglês) é um método minimamente invasivo que auxilia no diagnóstico de doenças, sobretudo na área oncológica. Permite imagens de alta resolução da função e do metabolismo e é aplicável a todas as partes do corpo. A PET/CT com 68Ga-DOTANOC é utilizada para diagnóstico, estadiamento e follow-up de tumores neuroendócrinos bem diferenciados.

DESCRIÇÃO

Apesar de não haver necessidade de preparação física do doente, deve ser fornecida antecipadamente informação, através de folheto informativo ou contacto telefónico, uma breve descrição dos procedimentos e o tempo médio de permanência no serviço para realização do exame.

No dia do exame, após entrevista com o clínico, o enfermeiro deve:

- Preparar o espaço físico de forma a garantir condições de privacidade;
- Deslocar-se à sala de espera, chamar o doente pelo nome e apresentar-se ao doente/família;
- Esclarecer os acompanhantes, nomeadamente sobre a duração dos procedimentos;
- Permitir, quando haja justificação, a permanência do acompanhante no interior do serviço;
- Avaliar a situação clínica e adaptar as condições do serviço às necessidades do doente promovendo um ambiente seguro;
- Acompanhar o doente, apresentando o espaço físico;
- Perceber os conhecimentos que o doente tem acerca do exame que vai realizar;
- Informar o doente que deve trocar de roupa vestindo fato próprio do serviço;
- Solicitar ao assistente operacional que acompanhe o doente para troca de roupa, indicando cacifo com chave onde deve guardar os seus pertences;
- Acomodar o doente em cadeirão na sala de enfermagem;
- Confirmar a identidade do doente (utilizar sempre dois dados de identificação inequívoca: nome completo e data de nascimento, sendo que deve ser o doente a identificar-se);
- Verificar o nome do doente e exame no sistema informático;
- Realizar ensino acerca do exame a que o doente irá ser submetido (no que consiste, como é realizado, duração, etc);
- Explicar os procedimentos de enfermagem referentes ao exame a realizar e pedir consentimento;
- Ensinar sobre os cuidados a ter antes, durante e após a realização do exame;
- Demonstrar uma postura de total recetividade e disponibilidade;
- Dar espaço ao doente para que exponha as suas dúvidas, receios e preocupações;

- Realizar punção venosa com cateter periférico e adaptar torneira de três vias;
- Colocar soro em curso para hidratação (500 ml, NaCl 0,9%) em ritmo lento;
- Administrar radiofármaco de acordo com protocolo e com as normas de proteção radiológica;
- Acomodar o doente confortavelmente em sala própria, onde aguarda 60 min. até realização das imagens;
- Colaborar nos posicionamentos para aquisição de imagens, sempre que a condição do doente o justifique;
- Remover cateter venoso periférico;
- Reforçar ensino, se necessário;
- Efetuar registos no sistema informático do serviço;
- Efetuar registos sobre doentes internados, em Sclinico, promovendo a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Duarte, H., Bastos, L. (2011). Medicina Nuclear no Estudo dos Tumores Neuroendócrinos. *Revista Portuguesa de cirurgia*. II Série. N.º 16 março 2011. ISSN 1646-6918.

Hogg, P., & Lawson, R. (2015). An overview of nuclear medicine imaging procedures. *Nursing Standard*, 30(13), 52-59.

Virgolini, I., Ambrosini, V., Bomanji, J.B. *et al.* (2010). Procedure guidelines for PET/CT tumour imaging with ⁶⁸Ga-DOTA-conjugated peptides: ⁶⁸Ga-DOTA-TOC, ⁶⁸Ga-DOTA-NOC, ⁶⁸Ga-DOTA-TATE. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 37, 2004–2010
<https://doi.org/10.1007/s00259-010-1512-3>

	<h2 style="margin: 0;">NORMA DE PROCEDIMENTO</h2> <p style="margin: 0;">MED-NUC – 3XXX</p>	POL. Nº 0XXX ou NPG Nº 1126
--	--	-----------------------------------

<h3 style="margin: 0;">APROVAÇÃO</h3>

FINALIDADE:	Uniformizar procedimentos na preparação do doente para exames PET com 68Ga-PSMA
DESTINATÁRIOS:	Enfermeiros a exercerem funções no serviço de Medicina Nuclear.
PALAVRAS-CHAVE:	Preparação, doente oncológico, PET/CT, 68Ga-PSMA

[Não escrever nesta zona da página]

Mod. 74/011

Autores	[Identificar autores]	Data de Elaboração	[Inserir data]
Verificação SGQ/CQSD	[Identificar responsáveis pela verificação]	Data de Verificação	[Inserir data]
Aprovação	[Identificar responsáveis pela aprovação]	Data de Aprovação	[Inserir data]
Divulgação	[Identificar o modo de divulgação do documento]	Data de Divulgação	[Inserir data]
Versão	2	Data de Revisão	[Inserir data]

CONCEITO

A tomografia por emissão de positrões (PET, do inglês) é um método minimamente invasivo que auxilia no diagnóstico de doenças, sobretudo na área oncológica. A PET/CT com 68Ga-PSMA é particularmente útil no diagnóstico e avaliação terapêutica do cancro da próstata.

DESCRIÇÃO

Apesar de não haver necessidade de preparação física do doente, deve ser fornecida antecipadamente através de folheto informativo ou contacto telefónico, uma breve descrição dos procedimentos e o tempo médio de permanência no serviço para realização do exame.

No dia do exame, (após entrevista com o clínico) o enfermeiro deve:

- Preparar o espaço físico de forma a garantir condições de privacidade;
- Deslocar-se à sala de espera, chamar o doente pelo nome e apresentar-se ao doente/família;
- Esclarecer os acompanhantes, nomeadamente sobre a duração dos procedimentos;
- Permitir, quando haja justificação, a permanência do acompanhante no interior do serviço;
- Avaliar a situação clínica e adaptar as condições do serviço às necessidades do doente promovendo um ambiente seguro;
- Acompanhar o doente, apresentando o espaço físico;
- Perceber os conhecimentos que o doente tem acerca do exame que vai realizar;
- Informar o doente que deve trocar de roupa vestindo fato próprio do serviço;
- Solicitar ao assistente operacional que acompanhe o doente para troca de roupa, indicando cacifo com chave onde deve guardar os seus pertences;
- Acomodar o doente em cadeirão na sala de enfermagem;
- Confirmar a identidade do doente (utilizar sempre dois dados de identificação inequívoca: nome completo e data de nascimento, sendo que deve ser o doente a identificar-se);
- Verificar o nome do doente e exame no sistema informático;
- Realizar ensino acerca do exame a que o doente irá ser submetido (no que consiste, como é realizado, duração, etc);
- Explicar os procedimentos de enfermagem referentes ao exame a realizar e pedir consentimento;
- Ensinar sobre os cuidados a ter antes, durante e após a realização do exame;
- Demonstrar uma postura de total receptividade e disponibilidade;
- Dar espaço ao doente para que exponha as suas dúvidas, receios e preocupações;
- Realizar punção venosa com cateter periférico e adaptar torneira de três vias;
- Colocar soro em curso para hidratação (500 ml, NaCl 0,9%) em ritmo lento;

- Administrar radiofármaco de acordo com protocolo e com as normas de proteção radiológica;
- Acomodar o doente confortavelmente em sala própria, onde aguarda 60 min. até realização das imagens;
- Colaborar nos posicionamentos para aquisição de imagens, sempre que a condição do doente o justifique;
- Remover cateter venoso periférico;
- Reforçar ensino se necessário;
- Efetuar registos no sistema informático do serviço;
- Efetuar registos sobre doentes internados, em Sclinico, promovendo a continuidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fendler, W.P., Eiber, M., Beheshti, M. *et al.* (2017). ⁶⁸Ga-PSMA PET/CT: Joint EANM and SNMMI procedure guideline for prostate cancer imaging: version 1.0. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* **44**, 1014–1024 <https://doi.org/10.1007/s00259-017-3670-z>

Hogg, P., & Lawson, R. (2015). An overview of nuclear medicine imaging procedures. *Nursing Standard*, *30*(13), 52-59.

Taylor, J. S., Keller, L., & Maybody, M. (2017). PET/CT-guided interventions in oncology patients: a nursing perspective. *Journal of radiology nursing*, *36*(2), 99-103.

**APÊNDICE X - FOLHETOS INFORMATIVOS PARA OS
DOENTES**

Explicação do exame

Para que serve

- Este exame é feito em certos tipos de tumor ou em casos de infecção/inflamação, permitindo a sua localização e/ou avaliação da resposta ao tratamento.

Como é feito o exame

- Deverá trazer roupa prática, uma vez que vai trocá-la por um fato fornecido pelo serviço.
- O enfermeiro vai-lhe punccionar uma veia e administrar soro fisiológico.
- Inicia um período de repouso, ao fim do qual lhe será administrado o produto radioativo que permite fazer o exame.
- Seguem-se cerca de 60 min de repouso. Estes períodos são essenciais para o exame - deverá estar tranquilo, sem grandes movimentos, pelo que não poderá ler, usar o telemóvel ou conversar.
- O exame é feito num aparelho como o da figura. Durante o exame ficará deitado, o mais quieto possível, respirando normalmente (cada sessão de imagens pode demorar até 20 minutos). Podem ser necessárias imagens adicionais.



Preparação e cuidados a ter

- Quando marcar o exame deve informar sobre a lista completa dos seus medicamentos, incluindo os que toma em forma injectável.
- Se for diabético poderá ter de ajustar a sua medicação.
- Nas 24 horas anteriores deve evitar exercício físico.
- Nas 12 horas anteriores deve evitar alimentos ou bebidas com açúcar, chá e café.
- No dia do exame fazer 4 horas de jejum mas pode e deve beber 0.5l de água neste período.



Riscos

Radioatividade - Durante o exame estará exposto a radiações. O risco envolvido nessa exposição é muito baixo.

Para diminuir a quantidade de radiação no seu corpo é aconselhável, quando possível, que até ao final do dia beba bastante água e urine frequentemente.

Os exames de Medicina Nuclear em geral não interferem com a sua capacidade de conduzir veículos. Se houver necessidade de vir acompanhado, dir-lhe-emos no momento do agendamento do exame.

Mesmo não sendo necessário, se preferir ter acompanhante no dia do exame, pode trazer qualquer pessoa, desde que não seja grávida ou criança. Tenha em atenção que apenas em casos excepcionais pode ter acompanhante na preparação e na aquisição do exame.

Precauções devidas à radiação

As crianças são 2 a 10 vezes mais sensíveis à radiação do que os adultos. A partir de certos níveis a radiação pode, no embrião e no feto, causar aborto ou problemas graves de desenvolvimento ou induzir cancro.

Cuidados que deve ter para diminuir a exposição desnecessária de crianças pequenas à radiação:

- Não deverá estar perto de grávidas e/ou crianças até aos 10 anos durante 12 horas após lhe ter sido injetado o produto radioativo.
- Este exame não deve ser feito durante a gravidez, pois o produto radioativo pode passar para o bebé.
- A amamentação nas 12 horas após o exame tem algumas restrições.

Caso esteja, ou possa estar grávida, ou no caso de estar a amamentar avise-nos quando marcar o exame

Explicação do exame

Para que serve

- Este exame é feito em certos tipos de tumor permitindo a sua localização e/ou avaliação da resposta ao tratamento.

Como é feito o exame

- Deverá trazer roupa prática, uma vez que vai trocá-la por um fato fornecido pelo serviço.
- O enfermeiro vai-lhe punccionar uma veia e administrar soro fisiológico e o produto radioactivo que permite fazer o exame.
- O exame é feito, cerca de 60 min depois, num aparelho como o da figura. Durante o exame ficará deitado, o mais quieto possível, respirando normalmente (cada sessão de imagens pode demorar até 20 minutos). Podem ser necessárias imagens adicionais.



Preparação e cuidados a ter

- Quando marcar o exame deve informar sobre a lista completa dos seus medicamentos, incluindo os que toma em forma injectável.
- Se possível, deve beber mais líquidos antes do exame (500 ml).

Riscos

Radioatividade - Durante o exame estará exposto a radiações. O risco envolvido nessa exposição é muito baixo.

Para diminuir a quantidade de radiação no seu corpo é aconselhável, quando possível, que até ao final do dia beba bastante água e urine frequentemente.

Os exames de Medicina Nuclear em geral não interferem com a sua capacidade de conduzir veículos. Caso haja necessidade de vir acompanhado, dir-lhe-emos no momento do agendamento do exame.

Mesmo não sendo necessário, se preferir ter acompanhante no dia do exame, pode trazer qualquer pessoa, desde que não seja uma grávida ou uma criança. Tenha em atenção que apenas em casos excepcionais pode ter acompanhante na preparação e na aquisição do exame.

Precauções devidas à radiação

As crianças são 2 a 10 vezes mais sensíveis à radiação do que os adultos. A partir de certos níveis a radiação pode, no embrião e no feto, causar aborto ou problemas graves de desenvolvimento ou induzir cancro.

Cuidados que deve ter para diminuir a exposição desnecessária de crianças pequenas à radiação:

- Não deverá estar perto de grávidas e/ou crianças até aos 10 anos durante 12 horas após lhe ter sido injetado o produto radioativo.
- Este exame não deve ser feito durante a gravidez, pois o produto radioativo pode passar para o bebé.
- A mulher a amamentar terá de suspender a amamentação durante 12 horas.

Caso esteja, ou possa estar grávida, ou no caso de estar a amamentar avise-nos quando marcar o exame

Explicação do exame

Para que serve

- Este exame é feito em certos tipos de tumor permitindo a sua localização e/ou avaliação da resposta ao tratamento.

Como é feito o exame

- Deverá trazer roupa prática, uma vez que vai trocá-la por um fato fornecido pelo serviço.
- O enfermeiro vai-lhe puncionar uma veia e administrar soro fisiológico e o produto radioactivo que permite fazer o exame.
- O exame é feito, cerca de 60 min depois, num aparelho como o da figura. Durante o exame ficará deitado, o mais quieto possível, respirando normalmente (cada sessão de imagens pode demorar até 20 minutos). Podem ser necessárias imagens adicionais.



Preparação e cuidados a ter

- Quando marcar o exame deve informar sobre a lista completa dos seus medicamentos, incluindo os que toma em forma injectável.
-

Riscos

Radioatividade - Durante o exame estará exposto a radiações. O risco envolvido nessa exposição é muito baixo.

Para diminuir a quantidade de radiação no seu corpo é aconselhável, quando possível, que até ao final do dia beba bastante água e urine frequentemente.

Os exames de Medicina Nuclear em geral não interferem com a sua capacidade de conduzir veículos. Caso haja necessidade de vir acompanhado, dir-lhe-emos no momento do agendamento do exame.

Mesmo não sendo necessário, se preferir ter acompanhante no dia do exame, pode trazer qualquer pessoa, desde que não seja uma grávida ou uma criança. Tenha em atenção que apenas em casos excepcionais pode ter acompanhante na preparação e na aquisição do exame.

Precauções devidas à radiação

As crianças são 2 a 10 vezes mais sensíveis à radiação do que os adultos. A partir de certos níveis a radiação pode, no embrião e no feto, causar aborto ou problemas graves de desenvolvimento ou induzir cancro.

Cuidados que deve ter para diminuir a exposição desnecessária de crianças pequenas à radiação:

- Não deverá estar perto de grávidas e/ou crianças até aos 10 anos durante 12 horas após lhe ter sido injetado o produto radioativo.
- Este exame não deve ser feito durante a gravidez, pois o produto radioativo pode passar para o bebé.
- A mulher a amamentar deverá suspender a amamentação por 12 horas.

Caso esteja, ou possa estar grávida, ou no caso de estar a amamentar avise-nos quando marcar o exame

APÊNDICE XI - PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
(serviço de internamento)

PLANO DA SESSÃO

Tema: Intervenção de enfermagem na preparação do doente para exames de medicina nuclear

Destinatários: Enfermeiros

Local: Serviço de Pneumologia

Data: 29/01/2019

Hora: 15.00h

Duração: 40 minutos

OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTEUDOS	METODOLOGIA	RECURSOS	Avaliação
Sensibilizar os enfermeiros para a importância da preparação do doente para exames de medicina nuclear	Que os enfermeiros compreendam a importância do ensino/educação na preparação do doente para exames de medicina nuclear Que os enfermeiros identifiquem os cuidados aos doentes que realizam exames de medicina nuclear	Introdução Os doentes perante a realização de exames de medicina nuclear Desenvolvimento Noções de medicina nuclear PET Aplicações desta tecnologia de imagem Preparação do doente para exames O papel do enfermeiro na preparação do doente Conclusão Importância do enfermeiro na medicina nuclear	Método expositivo/participativo	Sala Computador	Esclarecimento de dúvidas Entrega de documento de avaliação da sessão

APÊNDICE XII - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Avaliação da sessão

Data da sessão: ---/---/---

1- Do seu ponto de vista classifique a sessão utilizando a seguinte escala:

- 1- Nenhum/Mau
- 2- Pouco/Pobre
- 3- Médio/Suficiente
- 4- Bom
- 5- Muito Bom

1.1- Interesse do tema

1.2-Estrutura dos Conteúdos

1.3-Clareza da exposição

2- Assinale abaixo a importância da sessão para a sua prática diária:

Nada importante

Pouco importante

Importante

Muito importante

Extremamente importante

3- Justifique a sua opção acima

Sugestões

Muito obrigada

APÊNDICE XIII – 2ª REFLEXÃO CRÍTICA DE APRENDIZAGEM

Apresento a descrição de duas situações reais da prática, num serviço de Medicina Nuclear e a análise da relação que é possível estabelecer entre o enfermeiro e a pessoa, durante uma prática de cuidados em que o contacto é de curta duração.

Situação 1

Conheci a senhora Dina (nome fictício) nos primeiros dias de janeiro. Tem 83 anos e vem fazer uma cintigrafia óssea em contexto de estadiamento inicial de neoplasia da mama esquerda. Apresenta sintomatologia dolorosa osteo-articular na coluna vertebral e ombros. Fratura do colo do fémur esquerdo em junho de 2017 tendo sido submetida a colocação de prótese total da anca.

Quando chamei a doente à sala de enfermagem observei uma mulher magra, com uma altura superior à média, o cabelo completamente branco, vestida de preto integral. Tem um fâcies doce e percebo que claudica, mas não usa qualquer apoio de bengala ou canadiana.

Aferida a identidade, ajudo-a a instalar-se no cadeirão, fecho a porta e apresento-me questionando se sabe o exame que vem fazer e os procedimentos. Responde que sim, pois o médico explicou. Digo-lhe que tenho de puncionar uma veia para administrar o radiofármaco. Responde: “Pode trabalhar a sua vontade, escolha a veia que achar melhor, depois do que me aconteceu nos últimos dias isto não tem importância nenhuma!”

Percebi que me queria contar alguma coisa e mostrei-me recetiva. Contou-me então que tinha acabado de perder o marido: “Sabe senhora enfermeira, há seis anos que estava doente, eu cuidei sempre dele, não quis que fosse internado em circunstância nenhuma, mas tive sorte, ele estava algaliado e fazia muitos infeções urinárias, mas no hospital ajudaram-me sempre de forma que ele não tivesse que ser internado. Foi na véspera de Natal, imagine, tinha acabado de sair de junto dele para atender um telefonema, era um antigo colega do meu marido a perguntar como ele estava e quando voltei ... sabe eu partilhava tudo com ele, contava-lhe tudo o que acontecia e o que via na rua quando saía um bocadinho, ele estava acamado há tanto tempo e acho que gostava que eu lhe contasse as coisas, às vezes até cantava para ele ... mas imagine, quando voltei para contar quem tinha telefonado, achei-o estranho, tinha a boca aberta e não reagia, chamei por ele, abanei-o e pensei que não podia ser! Mas eu reagi com muita calma, fui logo buscar um espelinho à casa

de banho e coloquei-o junto da boca para ver se respirava ... nada! Aí meu Deus! Telefonei aos meus filhos a dizer que o pai estava morto! Toda a gente se admira como eu, com a minha idade, fui tão forte. Estive sempre muito calma, mesmo no dia do funeral”.

Esta senhora contou-me tudo de um só folego. Quando fez uma pausa, perguntei se tinha vindo acompanhada. Respondeu que sim, que tinha vindo com a filha que estava lá fora. Geralmente os acompanhantes não entram, por uma questão de radioproteção, mas em algumas situações e sempre que se justifique podem permanecer. Perante o que acabava de me contar, sentindo a sua fragilidade emocional, pensei que se sentiria mais tranquila com a presença da filha e perguntei se gostaria que a chamasse para junto de si. Respondeu que não e agarrando na minha mão disse: “estou a desabafar consigo, sr^a enfermeira!” Fiquei a ouvi-la. Depois dei as recomendações relativas ao exame e a hora a que deveria estar de volta, podendo dispor de duas horas para ir onde quisesse. Deu-me o braço e acompanhei-a à sala de espera onde a filha a aguardava.

No último dia do mesmo mês, a D. Dina voltou ao serviço de Medicina Nuclear, desta vez para uma cintigrafia de pesquisa de gânglio sentinela, iria ser operada no dia seguinte, não neste hospital, mas no seu hospital de origem que tem protocolo com este serviço. Quando fui à sala de espera e chamei o seu nome, levantou os olhos e quando me viu disse: “sr^a enfermeira, estava mesmo a pensar em si!” Levantou-se e quando chegou junto de mim, disse: “minha querida, dê cá um beijinho!” Lembrava-me da sua dificuldade na marcha, ofereci o meu braço como apoio que ela aceitou e encaminhamo-nos para a sala de enfermagem para aplicar um creme anestésico para posterior administração subcutânea de radiofármaco na região peri-aureolar. Expliquei o exame e ela perguntou-me: “lembra-se do que conversámos da última vez?” Respondi-lhe que sim. Ela continuou: “pois sabe, agora sinto tanto a falta dele e apetece-me chorar. Tenho muitas fotografias dele lá em casa, tenho uma em que ele está tão bonito... então pego na fotografia e choro, tenho tantas saudades! É normal, não é, sr^a. Enfermeira? Isto que me está a acontecer? Foram mais de sessenta anos juntos, mais três de namoro, foi uma vida inteira, e choro.” Perguntei-lhe se vivia sozinha. Ao que respondeu: “eu estou na minha casa, mas os meus filhos dão-me muito apoio, tenho muita sorte, eles preocupam-se comigo. Hoje quem

vem comigo é o meu neto, porque a minha filha estava ocupada, é ele que me vai levar ao hospital". Após a aplicação do creme, disse-lhe que durante uma hora poderia ir com o neto, tomar qualquer coisa se assim o entendesse. Acompanhei-a à sala de espera onde estava o neto, um jovem com muito boa aparência que se mostrou atencioso com a avó. Relembra a hora em que deveria estar de volta, saíram os dois.

Quando fomos dar início ao exame percebi que estava receosa, o médico explicou o que iria fazer e solicitou consentimento para dar início à administração do radiofármaco. Olhando para mim, com um ar aflito, a D. Dina, disse: "aí, isto se calhar vai doer!" Percebi a sua apreensão e tentei distraí-la, começando por comentar que tinha vindo muito bem acompanhada. A D. Dina respondeu: "é o meu neto, é um anjo aquele menino, tem 21 anos e anda a estudar psicologia. E é muito bonito, não acha sr^a enfermeira? Aí é tão querido, é ele que me vai levar ao hospital, tenho muita sorte sr^a enfermeira, eles são muito bons para mim!"

De repente ouvimos a voz do médico que com um sorriso, disse: "E com isto terminámos!" "A sério?" Surpreendeu-se a D. Dina: "aí que maravilha!"

Ajudei-a a levantar e a apertar a bata. Ela disse: "correu muito bem, eu estava com um pouco de medo, mas não custou nada!" Respondi-lhe: "veja o que faz a conversa!" Então, olhou para mim e disse: "não pense que não percebi, sei muito bem o que fez! Obrigada". Com um sorriso maroto, deu-me um abraço.

Situação 2

Margarida, vou chamar-lhe assim porque acho que o nome lhe fica bem, é uma mulher de 43 anos, estatura mediana, pele pálida, vem ao serviço de medicina nuclear para fazer uma cintigrafia óssea, em contexto de doença oncológica, neoplasia da mama. Chamada à sala de enfermagem para administração do radiofármaco, confiro a sua identidade, apresento-me, indico onde pode colocar a mala e o casaco e o cadeirão onde deve sentar-se. Apesar de lhe comunicar que não é necessário, opta por retirar o chapéu e deixa a descoberto a cabeça apenas coberta de uma ligeira "penugem". Não sei explicar, mas senti que expunha deliberadamente, perante mim, a sua vulnerabilidade. Sentou-se, expliquei o exame. Ela disse-me que já tinha feito anteriormente uma cintigrafia óssea e que lhe custava imenso ter de ser "picada". "Sabe sr^a enfermeira, é superior a mim, tem sido muito difícil, nunca me chegaram a pôr o

tal cateter para fazer os tratamentos e as minhas veias estão cada vez mais difíceis. Tenho sido tão picada para fazer a quimioterapia e cada vez tenho mais pavor. Desculpe, mas não consigo controlar, a cada vez é mais doloroso”. Apreciei as possibilidades e, de facto, o panorama não era favorável. Ela continuou: “só pode ser no braço direito, (...) parece que as veias estão secas, queimadas!” Habitualmente fico de pé quando punciono para administração do radiofármaco, mas desta vez decidi puxar uma cadeira e sentei-me junto da doente. Desejei profundamente ter sucesso, afinal eu sou “gente a cuidar de gente” e este sofrimento e ansiedade transmitidos pelos doentes não me deixam indiferente. Quando fiz o meu curso, dizia-se que as enfermeiras ganhavam “calo” com a experiência, como se a ausência de emoção as deixasse mais competentes! Lembro-me de uma professora que, já na altura, defendia que os calos eram feios e que ninguém os queria ter. A verdade é que não sendo propriamente “lamechas”, nunca me tornei “insensível” e penso que ainda bem! A melhor possibilidade parecia-me estar numa pequena veia da face interna do punho, é uma zona dolorosa. Retirei a seringa do protetor de chumbo que a envolvia, tenho perfeita consciência de que assim me exponho a mais radiação, mas quem é que consegue administrar o radiofármaco numa veia que parece um cabelo com aquele protetor volumoso e pesado?! Claro que podia tentar colocar um cateter venoso periférico e adaptar a seringa com o protetor. Mas para mim é obvio que aquela veia não tem calibre nem para um cateter pediátrico! Arrisco, como arrisco tanta vez, em situações como esta. Disse-lhe, com uma confiança que se calhar não tinha, mas que desejava mostrar: “Margarida, vamos trabalhar em equipa. Feche os olhos e tente ignorar a minha presença, inspire profundamente” ... ela deixou-se guiar pelas minhas palavras... e, felizmente o radiofármaco foi administrado, senti um profundo alívio. “Já está!” Ela abriu os olhos e sorriu, “conseguiu?! Muito obrigada, sr^a enfermeira!” Segundo Querido, Salazar e Neto (2016), uma das estratégias de comunicação não verbal, que pode transmitir à pessoa a ideia de que o profissional está com ela, é o toque. Confesso que o faço com frequência na interação com o doente. Por isso, fiz-lhe uma pequena festa no braço. Imediatamente, os olhos se lhe encheram de lágrimas. “Desculpe sr^a enfermeira, não costumo ser piegas, mas sinto-me muito em baixo. Há dois dias na consulta, o meu médico disse-me que não podia fazer mais nada por mim, agora só

paliativos e eu não consigo deixar de pensar nisso, nem durmo! Tirei a mama, fiz os tratamentos e agora parece que a doença está nos ossos, tenho uma dor insuportável na coluna. Em tão poucos meses (...) eu tinha esperança de que me pudessem operar (...) felizmente marcaram este exame muito depressa, mas não sei o que vai acontecer e o médico disse-me isto assim (...) parece que tudo acabou!” Senti movimento do outro lado da porta, até que a assistente operacional veio comunicar que havia “mais uma óssea para injetar”. Confesso que é uma situação que me aborrece na Medicina Nuclear, a urgência do radiofármaco! Ao fim de tantos anos sei perfeitamente o que tenho para fazer e o tempo de que disponho para o fazer. O meu trabalho não se resume a administrar o radiofármaco e esta pessoa necessita do meu apoio. Eu não estou “na conversa” com a doente! Impulsiva como sou, era o que me apetecia responder, mas venho tentando trabalhar a minha comunicação e assertividade e por isso respondi simplesmente: “obrigada!” Imediatamente a doente se apressou. “Desculpe sr^a. enfermeira por tomar o seu tempo, tem tanto para fazer e eu a empatar”. Desvalorizei, disse que ainda tinha tempo, mas já tínhamos perdido o fio condutor! Então prossegui: “bem, como sabe após a administração do radiofármaco é necessário esperar duas horas para realizar o exame. Pode ausentar-se, comer, deve ingerir líquidos...”, ao que ela contrapôs: “mas, sr^a enfermeira, para onde vou? Com esta dor nas costas e não moro aqui perto”. Perguntei se tinha tomado medicação para aliviar a dor. Respondeu que tomava uns comprimidos receitados pelo médico, mas não aliviavam quase nada! Sugeri que ficasse na sala de espera. Como se sentiria mais confortável? Deitada estaria melhor? Respondeu que sim, que era como se sentia melhor. Pedi à assistente operacional para colocar uma maca na zona de acamados e ajudar a doente a acomodar-se. Numa perspetiva meramente técnica, o meu trabalho estava concluído, no entanto estou perfeitamente consciente de que a necessidade de cuidados por parte dos doentes vai muito para além dos cuidados físicos e administração terapêutica. Segundo Leite (2007), os cuidados dispensados pelo profissional de enfermagem prendem-se com ações da área técnica ou instrumental e ações que dizem respeito ao aspeto humano e relacional entre enfermeiro e doente. Considerar o cuidado nos seus diferentes aspetos favorece a humanização da assistência, sendo necessária a perceção do que o doente espera desse cuidado e o estabelecimento de uma interação

efetiva enfermeiro/doente. Segundo Lambert (2005) os enfermeiros dão início à arte de cuidar, quando se colocam na relação com o outro. Reconheço que neste serviço, para além dos atos técnicos é indispensável que os enfermeiros levem aos doentes o apoio e a escuta, mas, como defendido por Bisly-Saget (2005) muitas vezes, os enfermeiros têm dificuldade em pôr em prática a relação de ajuda, só lhe dedicando tempo após terem assegurado outras atividades de cuidados.

Continuei o meu trabalho, chamei o próximo doente, mas continuei a pensar na situação daquela mulher, no seu sofrimento físico e psicológico e de como os cuidados paliativos foram abordados: o fim da linha, quando já não há mais nada a fazer! Confesso que quando iniciei este ciclo de estudos não tinha conhecimentos sobre cuidados paliativos, mas nas aulas que frequentei e em pesquisa bibliográfica adquiri alguns conhecimentos, tentei organizar na minha cabeça o que tinha aprendido. Os cuidados paliativos têm o objetivo de promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas que sofrem de uma doença grave ou incurável, avançada ou progressiva (Ponte e Pais-Ribeiro, 2015). A sua definição encontra-se na lei de bases dos cuidados paliativos¹⁴. Doentes sem possibilidade de cura, mas com sofrimento associado podem ter nos cuidados paliativos uma resposta adequada às suas necessidades, nomeadamente no que diz respeito à sua dignidade e qualidade de vida (Neto, Marques, Gonçalves, Domingos e Feio, 2014). Porque, segundo Cabete (2000), perante o “já não há nada a fazer”, quando a cura já não é a meta, os enfermeiros sabem que há muito a fazer. No fundo a minha intenção era ajudar esta pessoa a ultrapassar uma situação de desesperança, fazer-lhe companhia e dar-lhe a possibilidade de falar sobre as suas angústias, uma vez que percebi, pela nossa conversa anterior, que não se costumava revelar muito, mas que hoje precisava mesmo. Falar sobre a doença, ajuda a pessoa a obter apoio emocional, no entanto há casos em que estas barreiras não são ultrapassadas e podem ter como consequência, um alto grau de sofrimento para o doente (Twycross, 2003;

¹⁴ «Cuidados paliativos» os cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais (Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro, 2012).

Yunes, 2003; Bennett, Phelps e Hilgart, 2012). Apesar de, como profissional exposta, estar consciente de que a melhor forma de me manter dentro dos limites de dose segura da exposição a radiações, perante fontes de radiação não selada, é utilizar o tempo (mínimo) e a distância (máxima) na permanência junto do doente radioativo (Hart, 2006). Logo que me foi possível, com o pretexto de saber se estava confortável ou necessitava da minha assistência, fui junto dela. Estava deitada de lado, virada para a parede, a luz baixa e a cortina fechada. Aproximei-me, perguntando se estava bem, voltou a cabeça e disse: “estou melhor assim”. Para não a obrigar a mudar de posição, afastei a maca e encostei-me à parede para que pudéssemos ficar frente a frente. “Quer que lhe traga alguma coisa, água?” “Não sr^a enfermeira, tenho uma garrafa que trouxe comigo”. “Comeu?” “Sim sr^a enfermeira, eu trato-me muito bem. Não tenho apetite nenhum, mas forço-me a comer e tento fazer tudo bem, hoje comi umas papas de aveia antes de sair de casa, estou bem”.

Gostaria de me ter sentado junto dela, para conversarmos e de lhe proporcionar um ambiente mais privado, uma vez que o que nos separava do corredor, era uma cortina, mas as condições físicas, são o que são! Não sabia como iniciar o assunto e decidi ser sincera: “Sabe, fiquei a pensar no que me disse, custa-me vê-la nessa angústia, nesse sofrimento, pela forma como lhe falaram dos cuidados paliativos. Há muita gente que os associa a morte, porque não sabe do que se trata, eu própria não sabia muito sobre o assunto, mas recentemente tive oportunidade de conhecer um pouco mais, até fiz uma visita a uma unidade de cuidados paliativos e confesso que fiquei bem impressionada”. O meu primeiro impulso foi no sentido de a fazer ver com outros olhos... e fui dizendo que: os cuidados paliativos foram criados para responder a situações de doença crónica; têm por objetivo promover o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes; ser utilizador de cuidados paliativos não significa estar a morrer... Mas, segundo Phaneuf (2005) “esta entrevista é sobretudo feita de escuta, de respeito, de aceitação do outro e de empatia” (p.293), por esse motivo fiquei em silêncio e escutei.

Margarida disse: “Sabe sr^a enfermeira, eu sou transmontana. O Verão no interior é muito difícil de suportar, o calor é infernal! Quando eu era adolescente, em tempo de férias, ia com os meus colegas até ao rio para nos refrescarmos. Lá as margens não são suaves com lugar onde pousar a toalha. O rio corre no

meio de rocha íngreme e cada um de nós tentava encontrar o melhor sítio para se empoleirar. Certo dia, teria eu uns treze anos, num desses dias de calor, nem sei bem como foi, brincadeiras de miúdos, a colega que estava comigo, empurrou-me e eu caí dentro de água. Eu não sei nadar, sr^a enfermeira! Quando caí, só imaginava que ia morrer, lembro-me daquela sensação de aflição, de não ter onde me agarrar e só pensar, que tudo acabava ali e que ia morrer! Depois não sei bem como, consegui bater com os pés no fundo e impulsionar-me para cima, vindo de novo à superfície. Lá consegui sair da água e até hoje não voltei mais ao rio. Quando o médico me disse que não havia mais nada a fazer por mim e só restavam os cuidados paliativos, a sensação foi igual à que tive no dia em que caí ao rio! Aquele medo de morrer! Sentir que ia morrer a qualquer momento e que não podia fazer nada para o evitar, que ninguém me podia ajudar, não consigo deixar de pensar nisso, é um sofrimento muito grande!” Aquela descrição emocionou-me, só me apetecia dizer-lhe, que tal como no episódio do rio, não se deixasse afogar, que batesse com os pés e voltasse à superfície! Não era minha intenção dar falsas esperanças, até porque não era detentora de grande informação, pretendia só dar-lhe algum conforto e mostrar-lhe que não era o fim e que podia beneficiar destes cuidados. Ela continuou: “Penso no meu marido. Sabe sr^a enfermeira, o meu marido tem uma doença neurológica, sou eu que cuido dele, somos só os dois. Deixei-o sozinho, fico sempre preocupada, mais acomodei-o o melhor possível para que ficasse confortável durante este tempo que vou aqui estar. Eu gosto tanto dele, sr^a enfermeira! Fico a pensar como vai ser...quem vai tratar dele quando eu já cá não estiver?!” Margarida chorava, as lágrimas corriam pela sua face. Perante o seu sofrimento, quis dizer-lhe que as equipas de cuidados paliativos são equipas multidisciplinares que visam um conjunto de intervenções de saúde e de apoio social, poderiam ser um precioso auxílio na gestão da sua situação de saúde e familiar. Que o controle da dor lhe proporcionaria qualidade de vida! Confesso que, cheguei a sentir receio de não estar preparada para as perguntas que pudesse fazer, mas segundo Heyse-Moore (2009), o enfermeiro deve estar preparado para responder “não sei”, pois por vezes não há respostas claras ou soluções e as pessoas o que procuram é alguém que seja empático e que as escute. Desisti de tentar explicar ou convencer porque não tinha solução para o seu sofrimento. Gerindo as minhas próprias emoções, fiquei em silêncio,

acolhendo a sua partilha com solidariedade e respeito. Toquei-lhe intencionalmente na mão. Seria demasiado? Não. Margarida deixou as suas mãos nas minhas mãos. Parecendo mais tranquila, disse: “eu não costumo ser piegas, aliás nem é costume eu chorar, mas hoje precisava tanto! Precisava de tirar este peso do meu peito!” Não sei quanto tempo estive junto dela. Foi até sentirmos que alguém se aproximava, a assistente operacional espreitou pela cortina. À laia de despedida, Margarida sorriu, com as mãos ainda presas nas minhas disse: “sr^a enfermeira, muito obrigada pelos seus cuidados”.

Cerca de dois meses depois deste episódio (ainda dentro do período de estágio), encontrei Margarida, casualmente no átrio do hospital. Dirigiu-se a mim dizendo: “Olá, sr^a. enfermeira, venho só cumprimentá-la, se calhar já não se lembra de mim?” Respondi que sim, claro que me lembrava! Ela continuou: “foi tão atenciosa comigo naquele dia em que eu estava tão piegas!” Achei-a com melhor aparência, o cabelo mais composto, menos pálida. Perguntei como estava. Ela respondeu: “Cá vou andando, sinto-me melhor. Estou a ser seguida na consulta da dor... vou fazer mais uns exames...agora parece que há mais qualquer coisa no pulmão! Mas vou vivendo um dia de cada vez! Já tenho mais uma requisição para fazer outra cintigrafia óssea, por isso daqui a uns meses, vou visitá-la”. “Lá a espero!”

Apresento estes casos, que me fizeram refletir, porque ilustram o meu quotidiano na prestação de cuidados. No serviço de Medicina Nuclear, a par dos procedimentos técnicos necessários, ocorrem com frequência situações, que decorrem da vivência de processos penosos da vida das pessoas. Embora sem possibilidade de preparação e conhecimento prévio dos doentes, enquanto enfermeira ajo para mostrar o meu apoio e a minha compreensão. Segundo Phaneuf (2005), perante situações de perturbação emotiva e sofrimento, é importante que a enfermeira reaja rapidamente para apoiar uma pessoa em dificuldade. Através da sua presença e atenção procura levar à pessoa que sofre algum conforto. Utilizando uma estratégia que a mesma autora denomina “entrevista de ajuda informal”, a enfermeira, permite à pessoa “expressar a sua dor e as suas inquietudes, diminuir a sua ansiedade, mostrar-lhe que o seu sofrimento foi compreendido e que não está sozinha, e manifestar-lhe compreensão empática” (Phaneuf, 2005, p.292). Numa situação de crise, o estabelecimento de uma relação de ajuda, confere aos cuidados um carácter mais

humano. Encarar o doente como uma pessoa única nas suas experiências e necessidades ajuda-me a desempenhar as minhas funções de uma forma mais abrangente, apesar das solicitações técnicas se imporem. A intencionalidade de estabelecer uma relação de ajuda com o doente permite, no meu entender, ajudar a pessoa a atravessar uma situação de vida difícil, considero, tal como defendido por Collière (2001, pag. 242) que “cuidar é um processo simples, com o objetivo de identificar e depois de responder a todo o tipo de pequenos problemas e dificuldades da vida (...) cuidar é ajudar as pessoas a viver permitindo-lhes superar, ultrapassar as suas dificuldades ou compensar a sua deficiência, a sua doença”. A visão holística e humanizada dos cuidados, implica que o enfermeiro reflita sobre o seu papel, os seus valores e a sua atuação (Leite, 2007), o que pressupõe conhecimento da sua personalidade e motivações profissionais. Considero, como Watson (2012), que o processo de cuidar é relacional e que a comunicação enfermeiro/doente não pode estar dissociada das emoções humanas, por isso apesar do meu desempenho profissional ocorrer num meio técnico e tecnológico, insisto na compreensão da vivência, angústia e sofrimento dos doentes (Waldow, 2008), e no estabelecimento de uma relação de ajuda, pois esta “bem aplicada dá aos cuidados uma eficácia e uma qualidade humana que lhe confere, ao mesmo tempo que um carácter de profissionalismo, uma melhor visibilidade do que faz a enfermeira “ (Phaneuf, 2005, p.13).

Ser confrontado com uma situação de doença oncológica incurável (como a segunda situação, que apresentei) traduz-se numa situação de saúde de grande instabilidade, especialmente por se reportar ao fim de vida (Sapeta e Lopes, 2007). A abordagem em situações desta natureza exige preparação, conhecimento e competências pessoais e profissionais (Pereira, 2008) e o processo de comunicação exige rigor, técnica e treino (Querido, et al., 2016). Embora me considere uma enfermeira experiente, comecei por me sentir impreparada para agir numa situação como a descrita. Percebo agora, como este processo de aprendizagem em que me envolvi, proporcionou a afirmação da minha maturidade pessoal e profissional, na gestão das minhas emoções e das condicionantes específicas do meu local de prestação de cuidados. Assim, avancei no estabelecimento desta relação, que pretendia de ajuda. Orem (2001), enfatiza que o primeiro passo para a intervenção de enfermagem é determinado

pela necessidade de ajuda e que este juízo deve ser construído e validado, com respeito e conhecimento sobre o desenvolvimento da pessoa ao longo do seu ciclo de vida. Perante a experiência de doença oncológica que motiva modificações na capacidade de autocuidado, usam-se estratégias de cuidado com o objetivo de manutenção da saúde. Levin (2015), defende que ao ser dada uma informação prognóstica, esta deve oferecer esperança. Chocou-me a crueza e a falta de esperança com que foi transmitida a mensagem a esta pessoa e o sofrimento que infligiu. Meleis (2010) defende que a pessoa com doença oncológica se encontra a viver um período de transição, no decurso do seu processo de saúde-doença. Como enfermeira, posso avaliar as necessidades dos doentes e intervir no sentido de ajudar na sua reestruturação global. A minha atuação foi no sentido de promover uma comunicação honesta com a pessoa com doença crónica e promover esperança realista (OE, 2011). Collière (1999), diz que comunicar a esperança é ajudar a vida a prosseguir. Os enfermeiros que assumem este papel procuram que a pessoa transcenda a situação de desesperança e encontre uma harmonia interior (Viana, 2010). Não sei se lhe consegui transmitir esperança, mas proporcionei presença e escuta. O alívio do sofrimento implica o estabelecimento de uma relação entre quem cuida e a pessoa que sofre. Segundo Encarnação, Oliveira e Martins, “face à doença crónica a dor e o sofrimento são dois conceitos, que não sendo sinónimos, se entrelaçam” (2015, p.22). Perante estas doentes que apresentavam dor física e sofrimento emocional, procurei intervir no sentido de lhes proporcionar conforto, prestando-lhes uma assistência de enfermagem humanizada. Isto pressupõe uma atitude individual para além da competência técnica. Para o alívio do sofrimento é fundamental a escuta ativa, o silêncio, o respeito, o apoio, o afeto, a companhia, a compreensão, a solidariedade, o conforto e a esperança (Leite, 2007; Encarnação, Oliveira e Martins, 2015). Apesar da natureza dos cuidados que presto ser de curta duração, considero que estes foram centrados na pessoa ao estabelecer uma relação de ajuda, baseada na confiança (McCormack e McCance, 2006). Atrevo-me a considerar que a minha intervenção foi benéfica para estas doentes. As situações foram marcantes para mim e fizeram-me refletir. Todos os dias contactamos com o sofrimento dos nossos doentes e também sofremos, mas “o estabelecimento de uma comunicação sincera e profunda com uma pessoa em sofrimento (...) traz um sentimento de

apaziguamento e de satisfação (...) de ter feito alguma coisa de significativo para com um ser humano que tinha mesmo necessidade disso” (Phaneuf, 2005, p 206). Pretendo, pois, continuar atenta e ver para além do óbvio, porque o meu desempenho profissional não se resume a aspetos técnicos e rotinas. A presença e atenção do enfermeiro podem ser bastante significativos em certos momentos da vida das pessoas.

O treino da comunicação em situações complexas contribui para uma comunicação estruturada e refletida que leva ao estabelecimento de uma boa relação interpessoal, baseada na empatia e na confiança. Não basta, a experiência, a bagagem cultural e a estrutura humana dos profissionais de saúde, é necessário o desenvolvimento de inteligência emocional para o verdadeiro estabelecimento de uma relação que ajude o doente a colmatar o sofrimento e manter a esperança.

Ao longo de todos estes anos, a trabalhar em Medicina Nuclear, a minha experiência diária está repleta destes pequenos momentos, que para mim estão cheios de significado. Sei que as pessoas falam dos seus problemas de saúde, da angústia de um diagnóstico, da perda recente de entes queridos. Às vezes as pessoas só querem chorar! Muitos doentes são idosos, querem um momento de atenção, de partilha. Apesar do contacto breve, considero que consigo estabelecer uma relação de ajuda com os doentes a quem presto cuidados. As pessoas apreciam ser reconhecidas e respeitadas, não raras vezes recebo um abraço dos meus doentes. Os cuidados centrados na pessoa trazem sentimentos positivos para todos os intervenientes (McCormack e McCance, 2010) e sinceramente é esta relação que me faz continuar a sentir enfermeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bennett, P., Phelps, C., Hilgart, J. (2012). Concerns and coping during cancer genetic risk assessment. *Psycho-Oncology*, 21(6), 611-617

Bisly-Saget. M. (2005). Prefácio V. In M. Phaneuf. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidata.

Cabete, D. (2000). Prefácio à edição portuguesa. In *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos. «Cuidar»: ética e práticas*. Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos. Colégio de Cuidados de Enfermagem. Lusociência

Collière, M.-F. (1999). *Promover a Vida Da prática das milheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Collière, M. F. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª edição. Loures. Lusociência.

Encarnação, P., Oliveira, C., Martins, T. (2015). Dor e sofrimento conceitos entrelaçados – Perspetivas e desafios para os enfermeiros. *Cuidados Paliativos*, vol. nº2. outubro 2015.

https://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_v2_n2.pdf

Hart, S. (2006). Ionising radiation: promoting safety for patients, visitors and staff. *Nursing Standard*. 20, 47, 47-57

Heyse-Moore L. (2009). *Speaking of Dying: a practical guide to using counselling skills in palliative care* ISBN Jessica Kingsley Publishers. London. 192 pages

Lambert, C. (2005). Prefácio V. In M. Phaneuf. *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidata.

Leite, R. (2007). Assistência humanizada de enfermagem ao paciente oncológico. In *Enfermagem oncológica*. Organizadoras: Andréa Mohallem e Andrea Rodrigues. Barueri, SP: Manole. (p.187-193). ISBN 85-204-2209-8

Levin, T. (2015). Discussing Cancer Prognosis. *Oncology Journal*, 29(2), 142-144.

<http://www.cancernetwork.com/oncologyjournal/discussing-cancer-prognosis>

McCormack, B & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced –Nursing*, 56 (5), 472-479.

McCormack, B., McCance, T. (2010). *Person-Centered nursing Theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell

Meleis, A. (2010) *TRANSITIONS THEORY- Middle Range and Situations Specific Research and Practice*. New York. SPRINGER PUBLISHING COMPANY.

Neto, I. G., Marques, A. L., Gonçalves, E., Domingos, H., & Feio, M. (2014). A propósito da criação da Competência de Medicina Paliativa. *Cuidados Paliativos*, 1(1), 13-16.

http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). St. Louis: Mosby

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

Pereira, M. (2008). *Comunicação de Más Notícias e Gestão do Luto*. Coimbra: Formasau.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidata.

Ponte, A; Pais-Ribeiro, J. (2015). O bem-estar do doente seguido em cuidados paliativos: Perspetiva da tríade doente-família-profissionais de saúde. *Cuidados Paliativos*, vol. 2, nº2. out.2015
https://www.apcp.com.pt/uploads/Revista_Cuidados_Paliativos_v2_n2.pdf

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp. 815-832). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Referência*, II Série (nº4), 35-60.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Viana, A. (2010). *A Avaliação da Esperança em Cuidados Paliativos Validação transcultural do Herth Hope Index*. Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e Resiliência. O foco no individuo e na família. *Psicologia em estudo*, 8 (número especial), 75-84

Waldow, V. (2008). *Bases e princípios do conhecimento e da arte de enfermagem*. Petrópolis: Vozes.

Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing*. 2ªed. Sudbury (MA): Jones and Bartlett Learning.

APÊNDICE XIV - ANÁLISE ESTATÍSTICA

A check-list foi aplicada a 253 doentes, que realizaram exames ou terapêuticas de medicina nuclear, em 3 serviços de Medicina Nuclear onde foi efetuado o estágio de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Dos quais:

136 no serviço onde ocorreu o primeiro estágio,
30 no serviço onde ocorreu o segundo estágio e
87 no serviço onde ocorreu o terceiro estágio.

Do total, 133 doentes (52,56%) realizaram exames ou terapêuticas de medicina nuclear pela primeira vez.

35 doentes (13,83%) encontravam-se internados quando foram sujeitos a procedimentos de medicina nuclear.

Nas 253 interações registadas, em 91,7% (232 doentes), os enfermeiros administraram radiofármacos por via intravenosa, para a realização dos procedimentos de medicina nuclear.

Verificou-se que 179 doentes (70,75%) apresentaram necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico (42 doentes - 23,46%) e emocional (137 doentes - 76,54%).

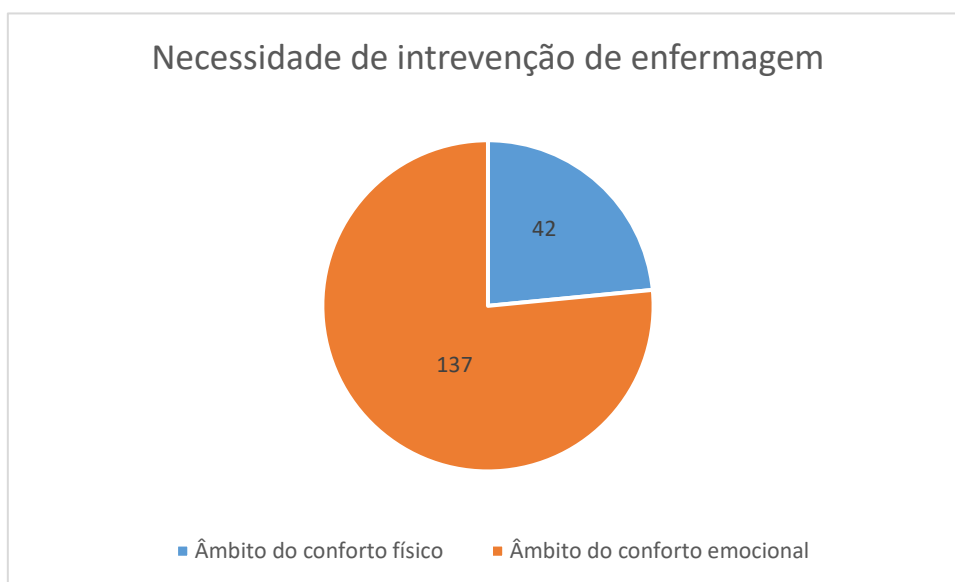


Gráfico 1 - Distribuição da necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico e do conforto emocional dos doentes oncológicos submetidos a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear.

A necessidade de conforto físico dos 42 doentes refere-se à satisfação da mobilidade, da eliminação, do suporte nutricional/hidratação e do controle

respiratório. Sendo que 9 doentes (21,42%) necessitaram de assistência totalmente compensatória e 33 doentes (78,57%) necessitaram de assistência de enfermagem parcialmente compensatória.

A intervenção de enfermagem realizada foi de assistência/apoio na marcha e posicionamento (19 doentes - 45,23%) e transferência (5 doentes - 11,90%); suplemento de oxigénio (13 doentes - 30,95%); gestão da fralda (4 doentes - 9,52%) e apoio/vigilância na ingestão de líquidos (1 doente - 2,38%).

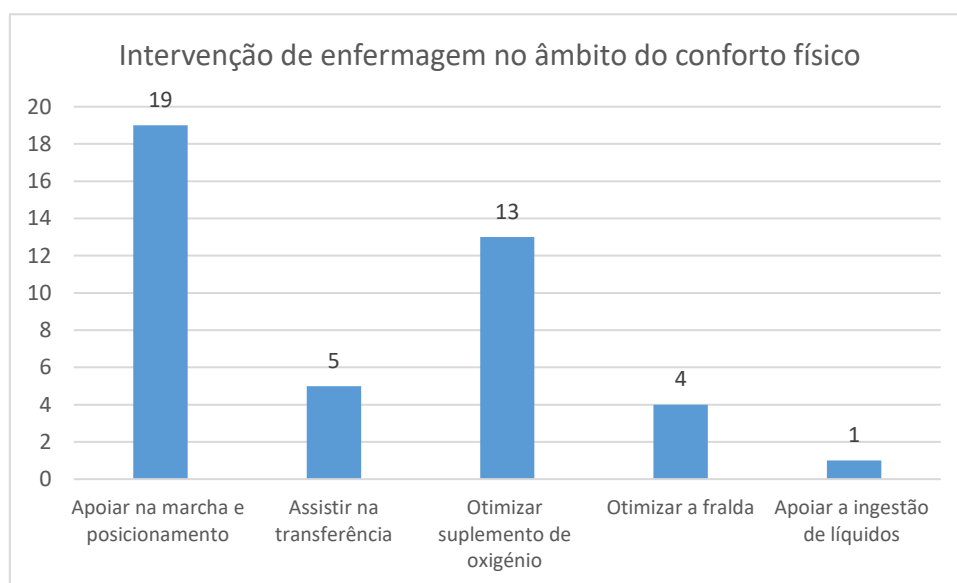


Gráfico 2 - Distribuição da intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear.

A necessidade de conforto emocional dos 137 doentes referem-se à ansiedade pelo desconhecimento, claustrofobia, medo de agulhas, medo da radiação, medo do resultado do exame e pela situação de doença oncológica.

A intervenção de enfermagem realizada a estes doentes foi no âmbito do apoio/educação, nomeadamente: informando e ensinando/desmistificando (57 doentes - 41,61%); usando estratégias de distração (27 doentes - 19,71%), o humor terapêutico (5 doentes - 3,65%), a escuta ativa (20 doentes - 14,60%), o toque terapêutico (7 doentes - 5,1%), uma atitude positiva/promotora de esperança (10 doentes - 7,30%), a empatia (11 doentes - 8,02%).

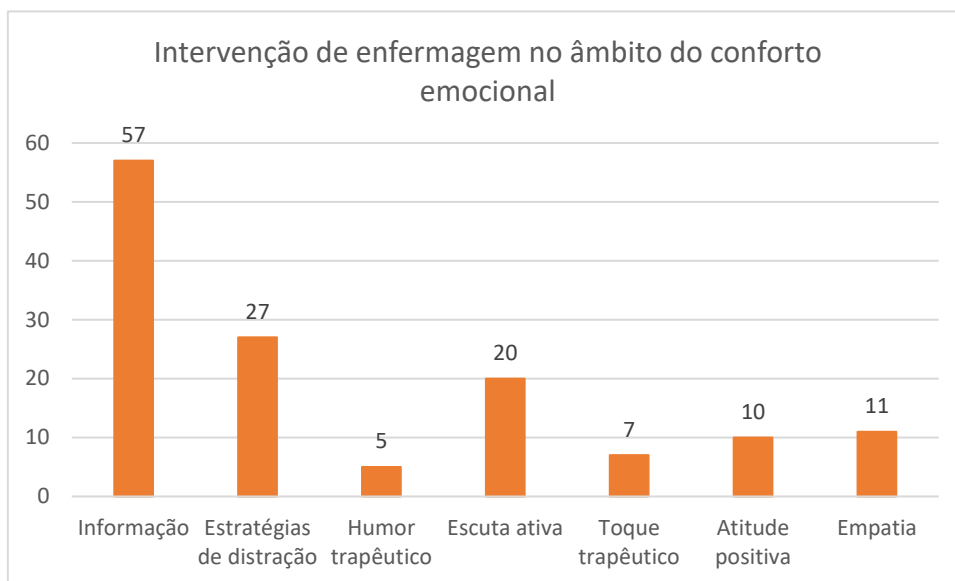


Gráfico 3 - Distribuição da intervenção de enfermagem no âmbito do conforto emocional ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear.

Das 179 pessoas a quem foi prestado apoio de enfermagem, antes, durante e após a realização de exames e terapêuticas de medicina nuclear, 176 doentes (98,32%) verbalizaram e/ou demonstraram maior conforto e/ou tranquilidade após estas intervenções no âmbito do conforto físico e/ou emocional.

APÊNDICE XV – 3ª REFLEXÃO CRÍTICA DE APRENDIZAGEM

Apresento uma situação real, que evidencia a importância da comunicação nos cuidados de enfermagem e que me fez refletir sobre as estratégias que podem influenciar a promoção da esperança. Esta interação resultou de alguma identificação entre as intervenientes, dispor de um ambiente físico favorável à privacidade de ambas foi determinante para que a relação se desenvolvesse.

A pessoa que recebi naquela tarde, vinha de outro hospital para realização de linfocintigrafia para deteção de gânglio sentinela. Era uma mulher que aparentava ter cerca de quarenta anos, vinha só, o bombeiro deixou-a na sala de espera. Eu sabia que ela seria submetida a uma mastectomia no dia seguinte. Quando a convidei a entrar na sala de enfermagem, cumprimentando e começando por abordar o exame que vinha fazer e como se processava, reparei imediatamente na sua postura, apesar de não a conhecer, a minha intuição e experiência alertaram-me (Phaneuf, 2005). Ela não respondia verbalmente, não estabelecia sequer contacto visual, parecia fechada num mundo só seu e supus que estaria em grande sofrimento emocional. Fui fazendo um monólogo, explicando as várias fases do exame sem obter dela qualquer espécie de reação. Solicitei que se deitasse e destapassem a mama para aplicar o anestésico local e fui explicando que o creme iria permanecer em contacto com a pele por um período de cerca de uma hora, de forma a tornar a administração do radiofármaco menos desconfortável (o isótopo radioativo é administrado por via intradérmica, peri aureolar). Não sabia se estava triste, zangada ou com medo, talvez uma mistura de emoções. Não obtendo qualquer resposta, calei-me. Então, entre dentes, ela disse que para o pessoal médico nunca doía nada, mas que tinha feito uma biopsia e tinha sido horrível. Eu respondi-lhe que tinha razão, que a biopsia podia ser muito desconfortável, mas que este exame não se comparava com a biopsia. Ela continuava remetida ao silêncio. Assustada? Estávamos as duas, numa sala fechada e o sofrimento desta pessoa despertou em mim uma genuína compaixão. Então decidi arriscar e disse-lhe que a mim não me tinha doído. Não o fiz inocentemente, buscava uma forma de estabelecer uma relação de ajuda com aquela pessoa. O efeito foi imediato. Olhou para mim pela primeira vez. “Não lhe doeu, já fez este exame?” Respondi-lhe que sim. Senti que ela mudava de atitude, que tinha conseguido captar a sua atenção. Então, lentamente ela endireitou o tronco e olhou-me de frente, “olhos nos olhos”, mas talvez com uma expressão desconfiada. Fez mais perguntas a que eu fui

respondendo: “passou por uma doença destas?” Sim. “Tiraram-lhe a mama?” Sim. “Mas como é possível? É mesmo verdade?” “A senhora enfermeira está aqui no seu trabalho e tem um ar normal”, dizia ela com um ar incrédulo. O que pensaria aquela mulher? O que significava para ela ser submetida a uma mastectomia? Certamente não punha a hipótese de ultrapassar esta situação e de continuar a viver a sua vida normalmente! Fomos conversando, perguntei-lhe porque ficava surpreendida ao constatar que eu (como ela dizia) tinha uma aparência normal. O que pensava ela sobre o que ia acontecer? Contou-me que vivia numa aldeia. Tinha um pequeno negócio, um café. Era o seu ganha pão. “A vida está muito difícil! Olhe, senhora enfermeira, nos meios pequenos tudo se sabe e eu pus-me a imaginar que as pessoas iam ter nojo de mim, por causa da doença e comecei a pensar que já ninguém ia querer frequentar o meu café..., mas a senhora enfermeira parece tão normal, quer dizer olhando para si ninguém diria que passou por uma coisa destas (...) como é possível? Não me está a enganar, pois não, senhora enfermeira?” Olhava para mim fixamente e de repente, sentindo-se à vontade, fez todas as perguntas que ainda não ousara fazer.

Neste exame de diagnóstico por imagem, o radiofármaco é injetado na mama, por via intradérmica. Percorrendo o mesmo caminho de uma célula despreendida do tumor primário, o radiofármaco, irá alcançar o primeiro gânglio da cadeia linfática, que se designa por gânglio sentinela. A sua identificação permite que durante a cirurgia à mama, este gânglio possa ser retirado e analisado pela anatomia-patológica para verificar se existem células metastáticas, permitindo muitas vezes, evitar o esvaziamento axilar (Morigushi, 2016). A realização deste exame, embora sem grande complexidade, pelo desconhecimento dos procedimentos e por ocorrer poucas horas antes de uma cirurgia, coloca os doentes sob grande carga emocional. Durante a execução do exame a privacidade física do doente é atendida, mas é também necessário adequar o ambiente para oferecer condições que garantam a intimidade e o sigilo. A confidencialidade consiste em resguardar o que é privado e sustenta a relação de confiança que se pretende estabelecer. Quando se sente seguro o doente expressa as suas fragilidades permitindo ao enfermeiro iniciar o processo de ajuda com base numa comunicação terapêutica.

Todos os doentes e, em particular, os que se veem confrontados com uma doença oncológica, necessitam de informação clara, respeito e privacidade, mas também de suporte afetivo e emocional, empatia, sensibilidade e afeto. O profissional de saúde, deve ser solidário, compreensivo e dar espaço ao outro para manifestar a sua dor, tristeza, indiferença ou medo. Cada pessoa é um ser individual nas suas crenças, expectativas, experiências e atitudes perante a vida. A presença do enfermeiro junto do doente é fundamental, apoiando-o, esclarecendo-o e atendendo as suas necessidades, mostrando disponibilidade e empatia. Para Pereira (2005) só se pode responder devidamente às necessidades da pessoa se a comunicação estabelecida for adequada, sendo imprescindível o seu desenvolvimento para estabelecer relações interpessoais de qualidade, tendo em conta que o doente e o profissional de saúde são pessoas com diferentes valores e crenças, que importa considerar e respeitar.

A comunicação está presente em todas as atividades do enfermeiro, é um processo complexo, interdependente e adaptativo, em que os comunicadores se afetam mutuamente e envolve feedback (Stefanelli, 2005). Comunicar é ter a habilidade de estabelecer um diálogo, mas não se esgota na troca de mensagens (Pontes, Leitão e Ramos, 2007). Nós sentimos, pensamos, agimos e refletimos sobre as nossas ações buscando compartilhar informação com o nosso semelhante. Essa é a capacidade que nos torna humanos (Stefanelli, 2005).

Comunicar faz parte do nosso dia-a-dia e é um instrumento básico fundamental na interação com o outro (Pereira, Fortes e Mendes, 2013). Estabelecendo comunicação, conseguimos ajudar o doente a enriquecer os seus conhecimentos, obter satisfação das suas necessidades (Pontes et al, 2007), assim como transmitir sentimentos e pensamentos, esclarecer, interagir e conhecer o que os outros pensam e sentem (Pereira, 2005). Para comunicar é essencial compreender o doente, para tal, é da maior importância dispor de um ambiente tranquilo e privado que propicie escutar a pessoa e estar atento à sua linguagem verbal e não verbal (Silva, Brasil, Guimarães, Savonitti e Silva, 2000), para descodificar as suas emoções (Phaneuf, 2005).

Para promover o conforto emocional do doente, a comunicação terapêutica é um processo intencional e deve ser usada deliberadamente na prestação de cuidados. É possível estabelecer uma relação interpessoal satisfatória,

mostrando interesse e respeito pelo outro, sendo verdadeiro, sabendo ouvir e mostrando disponibilidade.

Segundo, Phaneuf, (2005), o enfermeiro é por natureza interventivo e por vezes toma-se de entusiasmo para ajudar a pessoa doente. É legítimo que face ao sofrimento da pessoa cuidada, o profissional que enfrentou situação idêntica, lhe fale da sua própria experiência, no sentido de lhe mostrar que não é a única. Com o objetivo de suscitar confiança, atenuar o sofrimento e exprimir compreensão empática, esta comunicação “possui efeito positivo e mesmo terapêutico” (Phaneuf, 2005, p 379). No entanto em contexto de gestão emocional, o enfermeiro deve reconhecer as suas dificuldades para não comprometer o processo terapêutico. Necessitando planear e treinar as suas intervenções, não só pelo doente, mas por si próprio, pois a comunicação pode ser afetada pelos seus próprios medos face às situações difíceis (Pereira, 2005).

Não conheço antecipadamente os meus doentes, mas tenho experiência e conhecimentos que me fazem reparar na expressão facial e na postura corporal, fazendo-me supor que aquela pessoa precisa de ajuda (Taner, 2006). Foi o que me fez usar uma estratégia que me pareceu adequada para conseguir comunicar com esta pessoa, a intenção era poder ajudá-la a gerir um momento doloroso da sua vida, usando a minha competência profissional e também a minha vivência pessoal (McCormack e McCance, 2010). Resultou, a comunicação foi desbloqueada. Tivemos uma longa conversa. Para McCormack e McCance (2006), os atributos que são pré-requisitos da enfermeira que presta cuidados centrados na pessoa incluem ser competente profissionalmente, desenvolver habilidades interpessoais, ser comprometida com o trabalho e demonstrar clareza de crenças e valores conhecendo-se a si própria e estando ciente como os seus pontos de vista podem ter impacto nas decisões do doente. Este episódio fez-me refletir. Não gosto de me expor, o que fiz foi por solidariedade para com uma pessoa que sofria e que achei poder ajudar, no entanto, tenho perfeita consciência de que não o teria feito se não dispusesse naquele momento de uma sala onde pudéssemos estar em privado e sem interrupções.

O meu objetivo nesta interação era perceber do que a doente necessitava e ir desenvolvendo, em parceria, as possíveis estratégias de ajuda que pudessem ser levadas a cabo. Sei que a comunicação é uma arma terapêutica essencial que permite a autonomia do doente, a confiança mútua e a informação

necessária para ser ajudado e ajudar-se a si próprio (Pereira, 2008). Quando decidi partilhar a minha experiência, moveram-me competências morais que se manifestaram na qualidade dos cuidados, nas atitudes de respeito, compaixão, disponibilidade e capacitação (Nunes, 2013).

O impacto junto desta pessoa foi muito positivo, ela chegou, fechada no seu sofrimento e a relação que estabelecemos trouxe-lhe esperança no futuro. Com verdade respondi às perguntas e capacitei-a a dar resposta às transições que se operavam na sua vida. A comunicação pode ser verdadeiramente terapêutica, “quando é utilizada com verdadeiro conhecimento, leva um certo calor à relação e cria aliança entre quem ajuda e é ajudado” (Phaneuf, 2005, p 379).

Quando terminou o exame, prestes a voltar ao hospital de origem, veio despedir-se. Não parecia a mesma pessoa que tinha chegado há poucas horas!

Com base nesta experiência e sempre que resulte em benefício para a pessoa, estarei disponível para interagir e ajudar as doentes a adquirirem alguma segurança pessoal na confrontação e na adaptação às mudanças que ocorrem no processo de doença, mas para que tal aconteça, apesar de desejar atenuar o sofrimento das pessoas de quem cuido, é absolutamente indispensável dispor de um espaço privado em que possa decorrer a interação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Nunes, L. (2013). Competências morais dos profissionais de enfermagem «cinco estrelas» revisitadas. VIII Encontro Enfermagem Centro Hospitalar Leiria-Pombal. Outubro 2013

McCormack, B., McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced –Nursing*, 56 (5), 472-479.

McCormack, B., McCance, T. (2010). *Person-Centered nursing Theory and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell.

Morigushi, S. (2016). *Diretriz para cintilografia de pesquisa do linfonodo sentinela no câncer de mama*.

<http://sbmn.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Cintilografia-de-Pesquisa-do-Linfonodo-Sentinela-no-C%C3%A2ncer-de-Mama.pdf>

Pereira, A., Fortes, I., Mendes, J. (2013) *Comunicação de más notícias: revisão sistemática da literatura*. Rev. Enferm. UFPE online., Recife, 7(1):227-35, jan. DOI: 10.5205/relou.3049-24704-1-LE.0701201331

Pereira, M. (2005) *Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos*. Texto contexto – Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a04v14n1.pdf>

Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Editora Formasau..

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidata.

Pontes, A., Leitão, I., Ramos, I. (2008). *Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado*. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília 2008 maio-jun: 61(3): 312-8.

Silva, L., Brasil. V., Guimarães, H. Savonitti, B., Silva, M. (2000). *Comunicação não-verbal: Reflexões acerca da linguagem corporal*. Rev. latino-am. Enfermagem – Ribeirão Preto – v.8 – 4 – p. 52-58 – agosto 2000

Stefanelli, M., Carvalho, E. (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Barueri, Brasil. SP: Manole.

Tanner (2006) *Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing*. Journal of Education, 45 (6) 204-211.

**APÊNDICE XVI - RESUMO SUBMETIDO PARA
APRESENTAÇÃO NAS JORNADAS**

Resumo

Os doentes oncológicos contactam com a medicina nuclear nas várias fases do ciclo de doença: diagnóstico, tratamentos, pós tratamentos e sobrevivência. A tecnologia desconhecida, a radiação e o confronto com o diagnóstico podem ser causadores de ansiedade para a pessoa, no âmbito de uma vivência do processo de doença oncológica que, por si só, é causadora de sofrimento físico, psicossocial e espiritual. Num departamento de diagnóstico por imagem o contacto entre o enfermeiro e o doente pode ser descrito como uma prática de curta duração, no entanto, a sua intervenção é essencial nas atividades inerentes à realização dos exames e terapêuticas, mas também na satisfação das necessidades dos doentes, na gestão da ansiedade e na promoção do conforto.

Objetivo: identificar as intervenções de enfermagem ao doente oncológico adulto submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear.

Metodologia: Foi efetuada pesquisa bibliográfica nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Google Académico e elaborada uma check list com as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de medicina nuclear, agrupadas com base no referencial teórico de Dorothea Orem. Foi aplicada a check-list a 253 doentes em 3 serviços de Medicina Nuclear onde foi efetuado o estágio de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sido solicitado o consentimento informado oral à pessoa. Foi efetuada uma análise estatística dos dados.

Resultados: Dos 253 doentes a realizar exames e terapêuticas de medicina nuclear, 70,75% (179 doentes) apresentaram necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico (42 doentes - 23,46%) e emocional (137 doentes - 76,54%).

A necessidade de conforto físico dos 42 doentes refere-se à satisfação da mobilidade, da eliminação, do suporte nutricional/hidratação e do controle respiratório. A intervenção de enfermagem realizada foi de assistência/apoio na marcha e posicionamento (19 doentes - 45,23%) e transferência (5 doentes - 11,90%); suplemento de oxigénio (13 doentes - 30,95%); gestão da fralda (4 doentes - 9,52%) e apoio/vigilância na ingestão de líquidos (1 doente - 2,38%).

A necessidade de conforto emocional dos 137 doentes referem-se à ansiedade pelo desconhecimento, claustrofobia, medo de agulhas, medo da radiação, medo do resultado do exame e pela situação de doença oncológica. A intervenção de enfermagem realizada a estes doentes foi no âmbito do apoio/educação, nomeadamente: informando e ensinando/desmistificando (57 doentes - 41,61%); usando estratégias de distração (27 doentes - 19,71%), o humor terapêutico (5 doentes - 3,65%), a escuta ativa (20 doentes - 14,60%), o toque terapêutico (7 doentes - 5,1%), uma atitude positiva/promotora de esperança (10 doentes - 7,30%), a empatia (11 doentes - 8,02%).

98,32% dos doentes demonstraram maior conforto e/ou tranquilidade após estas intervenções no âmbito do conforto físico e/ou emocional.

Conclusões: Os doentes que realizaram exames e terapêuticas de medicina nuclear, apresentaram maiores necessidades no âmbito de conforto emocional do que de conforto físico. A necessidade de conforto emocional advém principalmente de medos da pessoa relacionados com o exame e com a imprevisibilidade da evolução da doença, sendo a intervenção no âmbito do apoio/educação da pessoa com resultados de maior conforto e/ou tranquilidade.

**APÊNDICE XVII - POSTER PARA APRESENTAÇÃO NAS
JORNADAS DE MEDICINA NUCLEAR**



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM AO DOENTE ONCOLÓGICO ADULTO

SUBMETIDO A EXAMES E TERAPÊUTICAS DE MEDICINA NUCLEAR



Costa, Filomena(RN, Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica da ESEL, Enfermeira do SMN do HGO)

Alves, Patrícia (RN, MSc, MSn, Professora Adjunta da ESEL)

INTRODUÇÃO: Os doentes oncológicos contactam com a Medicina Nuclear nas várias fases do ciclo de doença: diagnóstico, tratamento, pós tratamento e sobrevivência. A tecnologia desconhecida, a radiação e o confronto com o diagnóstico podem ser causadores de ansiedade para a pessoa (1,2), no âmbito de uma vivência do processo de doença oncológica que, por si só, é causadora de sofrimento físico, psicossocial e espiritual (3). Num departamento de diagnóstico por imagem o contacto entre o enfermeiro e o doente pode ser descrito como uma prática de curta duração (4), no entanto, a sua intervenção é essencial nas atividades inerentes à realização dos exames e terapêuticas, mas também na satisfação das necessidades dos doentes, na gestão da ansiedade e na promoção do conforto (5).

OBJETIVO: Identificar as intervenções de enfermagem ao doente oncológico adulto submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear.

METODOLOGIA: A partir da pesquisa bibliográfica efetuada nas bases de dados CINAHL, MEDLINE e Google Académico e da nossa experiência profissional, foi elaborada uma check-list (tabela 1) onde constam as intervenções de enfermagem ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear, agrupadas com base na teoria do autocuidado de Dorothea Orem (6). Foi efetuado o registo na check-list referente a 253 doentes em três serviços de Medicina Nuclear durante o estágio de especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo sido solicitado o consentimento informado oral à pessoa. Foi efetuada uma análise estatística dos dados.

Conferir identidade	Proveniência	Requisitos necessários para o procedimento
<input type="checkbox"/>	Internado	<input type="checkbox"/> Exclusão de gravidez
	Ambulatório	<input type="checkbox"/> Preparação adequada
	Na instituição	<input type="checkbox"/> Avaliação da glicémia
	Noutra instituição	<input type="checkbox"/> Colheita de espécimes
Apreciação do doente	Acompanhante/contacto	<input type="checkbox"/> Colocar cateter venoso periférico
	Antecedentes pessoais	<input type="checkbox"/> Administrar radiofarmaco
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Retirar cateter venoso periférico
	Insulina	<input type="checkbox"/> Reforçar informação
	HTA	<input type="checkbox"/> Registos
	Asma/DPOC	<input type="checkbox"/> Observações:
	Alergias	
	1ª vez?	
	Mostra conhecimento	
Consentimento informado		
<input type="checkbox"/>	Deficit de Autocuidado	<input type="checkbox"/> Avaliação da intervenção-----Eficaz---Não Eficaz
Diagnóstico que justifica a intervenção	Assistência no autocuidado no controle das eliminações	<input type="checkbox"/>
	Assistência no autocuidado no controle da mobilidade	<input type="checkbox"/>
Intervenção de Enfermagem	Assistência no autocuidado no suporte nutricional/hidratação	<input type="checkbox"/>
Totalmente compensatório (T)	Assistência no autocuidado na promoção do conforto físico	<input type="checkbox"/>
Parcialmente Compensatório (P)	Assistência no autocuidado no controle respiratório	<input type="checkbox"/>
Apoio/educação (E)	Educação do paciente	<input type="checkbox"/>
	Ensino sobre procedimento	<input type="checkbox"/>
	Promoção do conforto psicológico	<input type="checkbox"/>
	Redução da ansiedade	<input type="checkbox"/>

Tabela 1 - Check-list com intervenções de enfermagem ao doente oncológico adulto submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear

RESULTADOS

Dos 253 doentes a realizar exames e terapêuticas de Medicina Nuclear, 70,75% (179 doentes) apresentaram necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico (42 doentes - 23%) e emocional (137 doentes - 77%).



Gráfico 1 - Distribuição da necessidade de intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico e do conforto emocional dos doentes oncológicos submetidos a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear.

Para a satisfação da necessidade de conforto físico dos 42 doentes a intervenção de enfermagem realizada foi de assistência/apoio na marcha e posicionamento (19 doentes - 45,23%) e transferência (5 doentes - 11,90%); suplemento de oxigénio (13 doentes - 30,95%); gestão da fraída (4 doentes - 9,52%) e apoio/vigilância na ingestão de líquidos (1 doente - 2,38%).

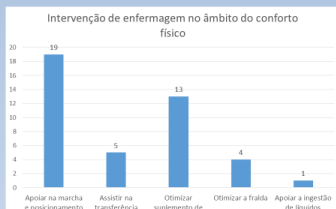


Gráfico 2 - Distribuição da intervenção de enfermagem no âmbito do conforto físico ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear.

Para a satisfação da necessidade de conforto emocional, dos 137 doentes a intervenção de enfermagem realizada foi no âmbito do ensino/educação, nomeadamente: informando e ensinando/desmistificando (57 doentes - 41,61%); usando estratégias de distração (27 doentes - 19,71%), o humor terapêutico (5 doentes - 3,65%), a escuta ativa (20 doentes - 14,60%), o toque terapêutico (7 doentes - 5,1%), uma atitude positiva/promotora de esperança (10 doentes - 7,30%), a empatia (11 doentes - 8,02%).

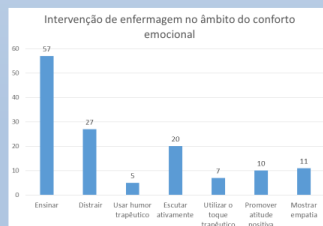


Gráfico 3 - Distribuição da intervenção de enfermagem no âmbito do conforto emocional ao doente oncológico submetido a exames e terapêuticas de Medicina Nuclear.

Após as intervenções de enfermagem, 98,32% dos doentes demonstraram maior conforto físico e/ou emocional.

Referências Bibliográficas:

- 1- Moran Z, Jordan F (2013). The patient experience of high technology medical imaging: a systematic review of the qualitative evidence. *Radiotherapy* 17(10):323-331
- 2- Beolozzi R, Delgado-Bolton R, Oym W, Giannakakis J, Tsiach K, Eschner W, et al. (2005). FDG PET/CT: EANM procedure guidelines for tumour imaging: version 2.0. *Eur J Nucl Med Mol I* 42(2):58-74
- 3- Sika L. (2008). Cuidar de mais e sofrer menos psicologicamente. *Associação relacionada ao feminino. Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 13, n. 2, p. 233-237, abr./jun.
- 4- Quark K, Robinson R. (2014). Patient Care in Radiology – The Staff's Perspective. *Journal of Radiology Nursing*. Volume 35, Issue 1.
- 5- Robinson R. (2005). Nurses role in nuclear medicine team. *Iran J Nucl Med* 20(10): 18. (http1)
- 6- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. Savannah, Georgia, Sixth Edition, Mosby
- 7- Vrijbergen M, Brinson L, Waplesman S. (2006). *Role of Nurses in Daily Nuclear Medicine*. SPUB.COM, the internet journal of nuclear medicine. Volume 3, number 2
- 8- Hsieh R, Lianou S. (2015). An overview of nuclear medicine imaging procedures. *CPO: Nursing Standard* 30, 13, 52-59.
- 9- De, G, Jaques, A. (2006). O Enfermeiro e as Técnicas Complementares para alívio da Dor Ag. *Ciência Saúde Enfermagem*, v.10, n.3, set./dez. 2006
- 10- Phares F, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. *Loares: Lovatiddia*.

DISCUSSÃO

Avaliadas as necessidades do doente e perante o deficit de autocuidado, o enfermeiro intervém através dos sistemas de enfermagem totalmente/parcialmente compensatório e de apoio/educação (6). Nos três serviços de Medicina Nuclear as intervenções de enfermagem são individualizadas para atender às necessidades e promover o conforto dos doentes (5). Educar sobre os efeitos de exposição a radiações, explicar os procedimentos e informar sobre os exames e tempos de espera, permite tranquilizar os doentes e melhorar a sua experiência (7, 8). Várias são as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para **distrair** o doente de um procedimento que lhe causa ansiedade, por exemplo, tocar, conversar ou estimulá-lo a focar a sua atenção na respiração (9). **Escutar ativamente** o doente é um sinal de disponibilidade e demonstra preocupação com o seu bem-estar e conforto. A **empatia** visa um sentimento de compreensão que promove o conforto do doente que sofre e pode ser expressa por concordância verbal, por um sorriso de complacência ou pelo toque intencional. O **toque terapêutico** é o toque afetuoso que reforça a presença do enfermeiro junto do doente e que é apropriado no contacto com quem sofre ou está ansioso. O uso do **humor terapêutico** na interação com o doente, pode ser uma estratégia para aliviar a tensão e a ansiedade. **Mostrar uma atitude positiva** e promotora de esperança, permite ao doente adotar também uma postura mais positiva perante a situação. A esperança realista atua como um bálsamo e propicia alívio à pessoa (10).

CONCLUSÃO

Os doentes referidos apresentaram maiores necessidades no âmbito de conforto emocional do que de conforto físico. A necessidade de conforto emocional advém principalmente de medos da pessoa relacionados com o exame e com a imprevisibilidade da evolução da doença. Destaca-se a intervenção de enfermagem no âmbito do apoio/educação da pessoa com resultados de maior conforto e/ou tranquilidade, reforçando a importância da presença destes profissionais nos serviços de Medicina Nuclear.