

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E TECNOLOGIA NO ESPAÇO  
HOSPITALAR  
MESTRADO PROFISSIONAL

**CLAUDIA MARIA TEIXEIRA PALHOTA MENEZES**

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM–SAE NO SERVIÇO  
DE MEDICINA NUCLEAR PARA O TRATAMENTO COM RADIOFÁRMACO <sup>177</sup>  
LUTÉCIO

Rio de Janeiro

2019

**CLAUDIA MARIA TEIXEIRA PALHOTA MENEZES**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM–SAE NO SERVIÇO  
DE MEDICINA NUCLEAR PARA O TRATAMENTO COM RADIOFÁRMACO <sup>177</sup>  
LUTÉCIO**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Doutora em Enfermagem

Rio de Janeiro

2019

**CLAUDIA MARIA TEIXEIRA PALHOTA MENEZES**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM–SAE NO SERVIÇO  
DE MEDICINA NUCLEAR PARA O TRATAMENTO COM RADIOFÁRMACO <sup>177</sup>  
LUTÉCIO**

Dissertação de Mestrado Profissional apresentada à banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia do Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

---

Presidente, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Doutora em Enfermagem – EEAP/UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Raquel de Souza Ramos - 1<sup>a</sup> Examinadora  
Doutora em Enfermagem – INCA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Danielle Galdino de Paula - 2<sup>o</sup> Examinadora  
Doutora em Enfermagem – EEAP /UNIRIO

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isaura Setenta Porto - 1<sup>a</sup> Suplente  
Doutora em Enfermagem – UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Karinne Cristine da Silva Cunha - 2<sup>a</sup> Suplente  
Doutora em Enfermagem – EEAP/UNIRIO

Dedico este trabalho à Deus, minha força espiritual; à Paulo Isaias, que se faz presente, mesmo ausente e à minha adorada filha, Carol, pelo carinho incansável que tem para comigo.

## AGRADECIMENTOS

À Deus por sua presença constante em minha vida, por ser meu guia, minha força, minha luz, meu caminho, meu tudo.

À minha orientadora Nébia M<sup>a</sup> Almeida de Figueiredo por sua paciência e tranquilidade. Recebi mais que orientações, recebi carinho, afeto, força. Aprendi a amar, pensar, ler e escrever, sem medo. Obrigada por todo esse aprendizado, pelas ideias, comentários e correções. E principalmente, por acreditar em mim e no Lutécio.

Aos meus pais, Emília e Guilherci (in memorian) que me ensinaram a arte de viver, de fazer o bem, e buscar o além.

Ao meu sogro, Hildebrando Veras, por ser meu pai, amigo e exemplo.

À Paulo Isaias do Amaral Menezes (in memorian) que sempre acreditou e incentivou meu crescimento profissional, por compartilhar a arte de viver e o aprendizado na arte do morrer, fatores fundamentais na compreensão e desenvolvimento dessa pesquisa, por isso dedico à ele está conquista.

À minha filha Carol, agradeço por: sua amizade, carinho, amor, força, ajuda, ideias, correções, compreensão da minha ausência, companhia nos estudos e na vida. Você é meu exemplo de pessoa. Eu te amo.

À minha família, Palhota Menezes, meu agradecimento à todos, mesmo os que não estão próximos, mas que se fazem pela torcida e carinho.

Ao meu irmão, Luiz Claudio pelo apoio e incentivo, tornando esse mestrado possível desde o início.

À minha cunhada, Fátima Palhota, minha irmã, obrigada pelo incentivo, pelas correções e por sua amizade.

As sobrinhas Nathalia e Thais Palhota por serem meu exemplo e força.

À Marina Silva Batista pela presença em minha casa, organizando com carinho o meu lar e sempre respeitando a minha bagunça de papéis, livros ...

Aos meus amigos Rosana Fidelis Coelho Vieira e Jorge Leandro de Souto Monteiro por essa oportunidade, foram mais que amigos, são os meus mentores, meus exemplos na profissão e na vida. Este mestrado se tornou realidade pelo impulso inicial que me deram, não tenho como agradecer, apenas dividir essa conquista com vocês.

À amiga incansável, Rosana Fidelis Coelho Vieira, minha gratidão pela ajuda na construção e direção desse trabalho, com o seu apoio, ideias, correções, reflexões e principalmente por acreditar em mim.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, na figura dos seus professores, pela contribuição na minha formação e realização da pesquisa.

Às professoras Doutoras Raquel de Souza Ramos, Danielle Galdino de Paula, Isaura Setenta Porto, Karinne Cristine da Silva Cunha, por aceitar a participar das bancas examinadoras com valiosas considerações e reflexões.

Às colegas do mestrado pela oportunidade de novas amizades, por compartilharem as dúvidas, os medos e principalmente pela caminhada rumo a concretização desse sonho.

Às enfermeiras Sonia Springer e Marcia Santos, colegas de mestrado e trabalho, pela paciência, carinho e confiança que dividimos nessa trajetória.

À instituição hospitalar, cenário dessa pesquisa que contribuíram para realização desse trabalho.

Aos amigos e companheiros do Instituto Nacional do Câncer pela força e incentivo dado nesse estudo

A enfermeira Célia Helena Fernandes da Costa, pela força, apoio, ajuda, ideias, companheirismo e confiança desde o início desse trabalho.

À equipe de enfermagem e colegas do Serviço de Medicina Nuclear meus sinceros agradecimentos pela crescimento profissional, e pelo saber ali dividido.

As amigas do grupo Baladeiras e Be Happy, que torceram e fizeram das minhas folgas momentos de descontração, relaxamento e alegria, assim pude prosseguir de forma saudável.

Aos participantes da pesquisa que muito contribuíram para sua realização.

À todos que contribuíram direta ou indiretamente para que este sonho se realizasse.

## EPÍGRAFE

### TEMPO

Apenas um segundo se passou.  
Apenas uma determinação para um espaço.  
Uma visão.  
Será que podemos viver neste momento  
Passado, presente e futuro?  
Claro que sim,  
Estamos na ilusão de um momento.  
Podemos mudar o nosso passado  
Em um segundo se quisermos.  
Escolher o nosso futuro  
E saber o nosso presente.  
Basta sermos felizes com nós mesmos.  
E seremos por toda nossa vida.  
A plenitude de um segundo.  
A certeza de uma hora.  
A ilusão de um horário.  
E acima de tudo  
Seremos nós mesmos.

Paulo Isaias do Amaral Menezes/  
*Plenitude do Meu Ser*

## LISTA DE FIGURAS

		Página
Figura 1	O Corpo, o cuidado e o ambiente	12
Figura 2	Quarto terapêutico	14
Figura 3	Constelação de atributos verbais, conforme Bardin	30
Figura 4	Constelação de atributos dos substantivos, conforme Bardin	32
Figura 5	Constelação de atributos dos adjetivos, conforme Bardin	33
Figura 6	Constelação de atributos adverbiais, conforme Bardin	35
Figura 7	Visão do quarto terapêutico pela janela da porta	76
Figura 8	Sufrimento do corpo em uso do Lutécio	78
Figura 9	Diagnóstico da taxonomia da NANDA	81
Figura 10	Evidências	84
Figura 11	Estratégia do cuidar	85
Figura 12	Ações/Atos de cuidados na sistematização	86
Figura 13	Contribuições do estudo	88

## LISTA DE QUADROS

		Página
Quadro 1	Caracterização dos Clientes	22
Quadro 2	Observação indireta dos Clientes	23
Quadro 3	Avaliação do ambiente	25
Quadro 4	Esquema final do trabalho orientado por Bardin	27
Quadro 5	Total de UR	28
Quadro 6	Total de verbos	30
Quadro 7	Total de substantivos	32
Quadro 8	Total de adjetivos	34
Quadro 9	Total de advérbios	35
Quadro 10	Total de palavras plenas	35
Quadro 11	Domínio fisiológico, mental, emocional e familiar	37-41
Quadro 12	Taxonomia NANDA versus Lutécio <sup>177</sup>	43-73
Quadro 13	O somatório	73

## LISTA DE TABELAS

		Página
Tabela 1	Verbos citados por JKL	29
Tabela 2	Total de verbos citados	29
Tabela 3	Substantivos mais citados por GHI	30-31
Tabela 4	Total de substantivos	31
Tabela 5	Adjetivos mais citados por VWX	33
Tabela 6	Total de adjetivos	33
Tabela 7	Advérbios mais citados por BCD	34
Tabela 8	Total de advérbios	34

## LISTA DE SIGLAS

5-HT3	5-hidroxitriptamina ou serotonina
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA	Estado da Bahia
BDENF	Base de Dados em Enfermagem
BI	Bomba de Infusão
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em pesquisa
CNEN	Comissão Nacional de Energia Nuclear
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CVCTI	Cateter Venoso Central Totalmente Implantado
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
DOTATATE- <sup>177</sup>	
LU	Lutécio
DTPA-99mTc	Ácido Dietileno Triamino Pentacético, marcado com Tecnésio <sup>99</sup> metaestável
EUA	Estados Unidos da América
EVA	Escala Visual analógica de dor
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ICRP	Comissão Internacional de Proteção Radiológica
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IOE	Indivíduos Ocupacionalmente Expostos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
Lu 177	Lutécio
MBq	Mega Bequerel
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MeSH	Medical Subject Headings
NANDA	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NR	Norma Regulamentar
OMS	Organização Mundial de Saúde
OV	Ocorrências/Vocábulos
PCI	Pesquisa de Corpo Inteiro
PRRNT	Terapia radionuclídica receptor -específica
QV	Qualidade de Vida
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SF	Saúde da Família
SMN	Serviço de Medicina Nuclear
SSTRs	Receptores da somatostatina
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TNE  
TV  
UR

Tumores Neuroendócrino  
Televisão  
Unidades de Registro

## RESUMO

MENEZES, Claudia Maria Teixeira Palhota. **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM–SAE NO SERVIÇO DE MEDICINA NUCLEAR PARA O TRATAMENTO COM RADIOFÁRMACO <sup>177</sup> LUTÉCIO**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro 2019.

O objeto do estudo é a sistematização da assistência de enfermagem no setor de medicina nuclear para clientes que recebem o radiofármaco lutécio <sup>177</sup>. Os objetivos são: Identificar na prática através de registros e ação de como os profissionais de enfermagem vem registrando sua sistematização; Definir a partir do que está sendo realizado quando cuidam do cliente em uso do Lutécio <sup>177</sup>, elementos problemas norteadores do diagnóstico de enfermagem e propor uma SAE para o setor de Medicina Nuclear que considere uma metodologia interespacial dentro do hospital do estudo e específica para clientes em uso de material radioativo, família e profissionais. É uma pesquisa qualitativa, o cenário escolhido foi o serviço de Medicina Nuclear de um Hospital público referência para tratamentos do câncer, situado no município do Rio de Janeiro. A pesquisa envolveu 10 clientes portadores de Tumores Neuroendócrinos, que receberam tratamento com radiofármaco Lutécio <sup>177</sup>. Os procedimentos metodológicos foram: análise documental com pesquisa em prontuários, para apreciação dos registros de enfermagem; formulário para caracterização dos participantes; as entrevistas abertas, para avaliação do momento terapêutico e para avaliação do ambiente; além da observação indireta do cliente. O período da coleta ocorreu de novembro de 2018 à janeiro de 2019. Para a interpretação dos dados utilizou-se análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados mostraram que há uma fragilidade em nossos registros e diagnósticos de enfermagem. A análise de conteúdo das entrevistas estabeleceu as palavras plenas, produtoras de significados, utilizadas pelos entrevistados. As conexões com os domínios de NANDA para organização do diagnóstico teve maior circulação nos domínios subjetivos. Destacamos assim, duas categorias de análise: primeira, o confinamento no quarto para tratamento com material radioativo, que não trouxe nenhum sentimento ou sensação de desconforto, de insegurança ou de medo, não evidenciamos problemas quanto: a terapêutica, ao espaço, aos cuidados de radioproteção e aos profissionais que cuidam deles. Segunda, o corpo que apresentou um sofrimento subjetivo de maior impacto que o objetivo; a dor é da emoção, da espiritualidade, da importância da família, das dificuldades financeiras, atravessadas pelo medo de morrer. Concluiu-se que necessitamos de uma qualificação e treinamento direcionado para saber ver e ouvir, compreender o estar doente e a proximidade

da morte, tratar a alma e não somente o físico. Como produtos: consulta de enfermagem / SAE; melhorar o quarto terapêutico através do conforto da mente com projeções de imagens relaxantes e a comunicação com uso de um instrumento tecnológico de comunicação com a área externa.

Descritores: Cuidado de enfermagem, Lutécio, Medicina Nuclear

## ABSTRACT

MENEZES, Claudia Maria Teixeira Palhota. **SYSTEMATIZATION OF NURSING ASSISTANCE IN THE NUCLEAR MEDICINE SERVICE FOR TREATMENT WITH RADIOPHARMACY 177 LUTETIUM.** Dissertation (Professional Master in Nursing) - School of Nursing Alfredo Pinto, Federal University of the State of Rio de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro 2019.

The objective of the study is the systematization of nursing care in the nuclear medicine sector for clients who receive the radiopharmaceutical lutetium 177. The objectives are: To identify in practice through records and action of how nursing professionals have been recording their systematization; Define from what is being carried out when taking care of the client in use of the Lu 177, elements guiding the nursing diagnosis and propose an SAE for the Nuclear Medicine sector that considers an interspatial methodology within the hospital of the study and specific for clients in use of radioactive material, family and professionals. It is a qualitative research, the chosen scenario was the Nuclear Medicine service of a public hospital reference for cancer treatments, located in the city of Rio de Janeiro. The research involved 10 clients with Neuroendocrine Tumors, who received treatment with a Lutetium 177 radiopharmaceutical. The methodological procedures were: documentary analysis with research in medical records, for appreciation of nursing records; form for characterization of participants; the open interviews, to evaluate the therapeutic moment and to evaluate the environment; beyond the indirect observation of the client. The collection period occurred from November 2018 to January 2019. For the interpretation of the data was used Bardin Content analysis. The results showed that there is a fragility in our nursing records and diagnoses. Content analysis of the interviews established the full, meaning-producing words used by respondents. The connections with the NANDA domains to organize the diagnosis had greater circulation in the subjective domains. We highlight two categories of analysis: first, confinement in the room for treatment with radioactive material, which did not bring any feeling or sensation of discomfort, insecurity or fear, we did not show problems such as: therapeutics, space, care radioprotection and the professionals who take care of them. Second, the body that presented it with a subjective suffering of greater impact than the objective; the pain is of the emotion, the spirituality, the importance of the family, the financial difficulties, crossed by the fear of dying. It was concluded that we need a qualification and training aimed at knowing how to see and hear, to understand sickness and the proximity of death, to treat the soul and not only the physical. As products: nursing consultation / SAE; improve the therapeutic room through the comfort of mind with projections of relaxing images and the use of a technological instrument for communicating with the external area.

Descriptors: Nursing Care, Lutetium, Nuclear Medicine

## RESUMEN

MENEZES, Claudia Maria Teixeira Palhota. **SISTEMATIZACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA DE ENFERMERÍA DE ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO CON RADIOFARMACIA 177 LUTÉCIO.** Disertación (Master Profesional en Enfermería) - Escuela de Enfermería Alfredo Pinto, Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro - UNIRIO. Rio de Janeiro 2019

El objetivo del estudio es la sistematización de la atención de enfermería en el sector de la medicina nuclear para los clientes que reciben el lutecio radiofarmacéutico 177. Los objetivos son: Identificar en la práctica a través de registros y acciones sobre cómo los profesionales de enfermería han estado registrando su sistematización; Definir a partir de lo que se está llevando a cabo cuando se cuida al cliente en uso del Lu 177, los elementos que guían el diagnóstico de enfermería y proponga un SAE para el sector de Medicina Nuclear que considere una metodología interespecial dentro del hospital del estudio y específica para los clientes en Uso de materiales radiactivos, familiares y profesionales. Es una investigación cualitativa, el escenario elegido fue el servicio de Medicina Nuclear de un hospital público de referencia para tratamientos del cáncer, ubicado en la ciudad de Río de Janeiro. La investigación involucró a 10 clientes con tumores neuroendocrinos, que recibieron tratamiento con un radiofármaco Lutécio 177. Los procedimientos metodológicos fueron: análisis documental con investigación en registros médicos, para la apreciación de registros de enfermería; formulario de caracterización de los participantes; Las entrevistas abiertas, para evaluar el momento terapéutico y para evaluar el medio ambiente. Más allá de la observación indirecta del cliente. El período de recopilación se realizó desde noviembre de 2018 hasta enero de 2019. Para la interpretación de los datos se utilizó el análisis de contenido de Bardin. Los resultados mostraron que existe una fragilidad en nuestros registros y diagnósticos de enfermería. El análisis de contenido de las entrevistas estableció las palabras completas y generadoras de significado utilizadas por los encuestados. Las conexiones con los dominios NANDA para organizar el diagnóstico tuvieron una mayor circulación en los dominios subjetivos. Destacamos dos categorías de análisis: primero, el confinamiento en la sala para el tratamiento con material radioactivo, que no trajo ningún sentimiento o sensación de incomodidad, inseguridad o miedo, no mostramos problemas como: terapéutica, espacio, cuidado La radioprotección y los profesionales que los atienden. Segundo, el cuerpo que lo presentó con un sufrimiento subjetivo de mayor impacto que el objetivo; El dolor es de la emoción, la espiritualidad, la importancia de la familia, las dificultades financieras, atravesadas por el miedo a morir. Se llegó a la conclusión de que necesitamos una capacitación y un entrenamiento para saber ver y escuchar, para comprender la enfermedad y la proximidad de la muerte, para tratar el alma y no solo lo físico. Como productos: consulta de enfermería / SAE; Mejore la sala terapéutica a través de la comodidad de la mente con proyecciones de imágenes relajantes y el uso de un instrumento tecnológico para comunicarse con el área externa.

Descriptor: Cuidados de Enfermería, Lutetium, Medicina Nuclear.

## SUMÁRIO

<b>1 - CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b>	<b>Páginas</b>
Justificativa	1
Objeto e Objetivo do Estudo	7
Contribuição do Estudo	7
<b>2 - ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA</b>	
2.1 Bases Conceituais	12
2.2 Considerações Metodológicas	16
2.3 Análise da Coleta de Dados	21
<b>3 - SÍNTESE ESQUEMÁTICA DA PESQUISA</b>	<b>83</b>
CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1 - Parecer Consubstanciado do CEP UNIRIO	100
Anexo 2 - 1º Parecer Consubstanciado do CEP INCA	101
Anexo 3 - 2º Parecer Consubstanciado do CEP INCA	102
<b>APÊNDICES</b>	
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE	103
Apêndice B - Tabela de Custos	106
Apêndice C - Roteiro para pesquisa em prontuário	107
Apêndice D - Formulário para caracterização dos participantes	108
Apêndice E - Roteiro para entrevista	109
Apêndice F - Roteiro para avaliação do ambiente	110
Apêndice G - Roteiro de observação do cliente	111
Apêndice H - Quadro de resultado da busca em prontuário	112
Apêndice I - Submissão do 1º artigo na Revista Enfermagem em Foco	113
Apêndice J - Submissão do 2º artigo na Revista RECOM	114

## 1 - Considerações Iniciais

Quando iniciei minhas atividades na área de enfermagem, ainda como residente em 1994, sempre tive a preocupação em desenvolver o meu trabalho baseado em uma organização e um planejamento em que eu pudesse atingir meus objetivos na assistência desempenhada.

Na graduação já se ouvia falar sobre o processo de enfermagem porém, ainda de maneira incipiente. Somente na década de 90 a preocupação com essa temática se tornou mais contundente ao ponto de despertar a necessidade para este saber.

No ano de 1996 fui aprovada no concurso público para um hospital de referência no tratamento do câncer, no município do Rio de Janeiro, onde, mesmo sem ter sido oficialmente implantado a SAE, sentia a necessidade de planejar os meus cuidados assistenciais, baseado no histórico do paciente, identificando os problemas de saúde, traçando o plano de cuidados e posteriormente avaliando o resultado. Desempenhei minha prática assistencial desde então com adultos na enfermaria de neurocirurgia, cirurgia torácica e também no centro de tratamento intensivo adulto (CTI).

Implementava sem mesmo ter sustentação científica, o que posteriormente vim compreender o que seria a Sistematização da Assistência de Enfermagem. A partir de então, procurei me aprofundar sobre esta temática através de leituras, simpósios, palestras, que aguçaram ainda mais meu interesse por esta temática.

No ano de 2004 a instituição em que eu trabalhava começou a seguir os passos para o processo de Acreditação Hospitalar. Momento este que cada vez mais ouvi falar sobre a SAE, e fui entender que cada vez mais SAE, Acreditação Hospitalar e Qualidade assistencial caminham juntas, uma vez que essas ferramentas propiciam o planejamento dos processos em busca de melhorias nos resultados.

Em 2010, esta instituição recebeu o certificado da Acreditação Hospitalar pela *Joint Commission* e a implementação da SAE continuou em voga, porém com a inúmeras dificuldades que permeiam o serviço público, a concretização da implantação da SAE ainda não aconteceu por completo. A nova gestora da divisão de enfermagem, vem tentando resgatar todos os processos que se encontravam parados, assim como a SAE, trazendo-os para uma nova perspectiva de implementação.

No ano de 2013 comecei desempenhar função de gestão, assumindo a chefia substituta do CTI, permanecendo por 4 anos. Em 2016, recebi um convite para assumir um novo desafio, em um setor completamente novo, desconhecido e cheio de nuances que me impulsionaram ainda mais em busca do conhecimento. Assumi então o cargo de chefia substituta no setor de Medicina Nuclear, vale ressaltar que neste novo cenário desempenho atividades gerenciais e assistências com a clientela adulto e pediátrica.

O serviço de Medicina Nuclear desta referida instituição iniciou suas atividades em 1960, e desde então, vem desempenhando papel fundamental nesta área de diagnóstico e tratamento, desenvolvendo ações contínuas no âmbito nacional. Somente em 2003 o enfermeiro passou a coordenar as atividades neste setor, até então exercida por biomédico. (INCA, 2002), possibilitando desta forma a criação de um espaço para a enfermagem.

A Enfermagem é, de fato, uma profissão “ímpar”, que encontra espaço em muitas áreas de atuação, inclusive pós morte no preparo do corpo e tem funções diversas quando cuida de seus clientes, não importando quem são e onde estão. Sua natureza é cuidar, exigindo para isso de conhecimentos diversos.

A cada tempo de sua existência, seus profissionais se veem diante de novas práticas, novos problemas que não são do senso comum nos modos de cuidar e de se encontrar com seus clientes e com suas famílias.

Neste estudo apesar dos clientes serem portadores de câncer (TNE - Tumores Neuroendócrinos) que não responderam ao tratamento usual, eles recebem a notícia que terão mais uma chance, utilizando o Lutécio <sup>177</sup>, que é um radiofármaco, isto significa que receberá um fármaco radioativo, seu corpo passará a ser fonte radioativa até total eliminação desse material, necessitando neste período de cuidados de radioproteção para minimizar a exposição à radiação das pessoas a sua volta e também exposição do meio ambiente, seja ele hospitalar e /ou residencial.

Esse tratamento é indicado a um cliente portador de uma doença que já vem de uma longa jornada fazendo tratamentos e utilizando medicamentos que não deram certo, o que exige da enfermagem ter um profissional capacitado na área de medicina nuclear, com habilidades e destreza mental e manual para cuidar dele em todos os aspectos que envolvem humanidade, sabedoria e compaixão; uma enfermeira preocupada com o ambiente dentro e fora do Hospital e que precisa estar atenta às pessoas que cuidam dele e de sua família.

Conforme França (2016) os TNE, são raros e de difícil diagnóstico, pois podem apresentar sintomas (rubor, diarreia, cólica, broncoespasmo...) que são semelhantes aos de outras doenças mais comuns, como doença de Crohn, síndrome do colón irritável, asma entre outras. Outro fator complicador é que geralmente são tumores pequenos, podendo ocorrer em qualquer parte do corpo e de tipos histológicos variados e necessitam de uma série de testes especializados realizados na Medicina Nuclear, para seu diagnóstico. Coimbra (2016) explica: Como os marcadores são menos comuns e os exames convencionais não apontam esses tumores, eles só chegam até nós quando a doença se espalhou.

Os TNE são derivados de células neuroendócrinas com origem embrionária comum na crista neural, possuem a capacidade de secretar hormônios e peptídeos, bem como a expressão de receptores e transportadores específicos. Os receptores da somatostatina estão presentes, com elevada densidade na membrana celular da grande maioria dos tumores neuroendócrinos. As somatostatinas são uma vasta família de hormônios, que compreendem cadeias de 14 a 28 aminoácidos. Atualmente, estão identificados cinco diferentes subtipos de receptores da somatostatina (SSTR1-5). O SSTR2 é o mais prevalente, sendo fundamental que os análogos da somatostatina usados na prática clínica apresentem elevada afinidade para este subtipo. (ZAKNUN et al., 2013)

Há de se considerar que esta situação do cliente aqui declarado exige de nós enfermeiros não só a preocupação com ele, neste momento de tentar o uso do Lutécio <sup>177</sup>, mas devemos ponderar tudo que ele passou antes. Por isso, parece necessário um diagnóstico de enfermagem altamente especializado considerando as expectativas do doente sobre esta nova tentativa, bem como todas as consequências que o tratamento pode apresentar. Isso exige uma gestão de cuidados, que ainda não existe formalmente no campo da Medicina Nuclear. Assim desdobrando esses problemas, as lideranças da Enfermagem vem em uma luta, há mais de 50 anos, tentando fazer com que sistematizemos a prática para dar conta do que fazemos, do que sabemos, do que registramos e que conhecimento clínicos temos, que teoria usamos, etc.

Estas são questões que dizem respeito a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE que neste estudo descreve um grupo de clientes que são especiais não só pelo uso do Lutécio <sup>177</sup>, mas pelas consequências dele, da própria doença e das especificidades pouco difundidas na literatura de enfermagem sobre o cuidar desse cliente radioativo.

No meio técnico a denominação correta do que nesta pesquisa chamamos de Lutécio <sup>177</sup> é DOTATATE- <sup>177</sup> LU, radiofármaco composto da marcação do análogo da somatostatina

com o radioelemento Lutécio-  $^{177}$  que guia a radioatividade para TNE que expressam receptores de somatostatina (SSTRs), possui as seguintes características: meia-vida física de 6,7 dias, o que significa o tempo necessário para ter sua atividade energética reduzida à metade; emite partículas beta de 133 a 497 KeV de energia e alcance tecidual de 0,23 a 1,8 mm, tornando-se ideal para o tratamento de micrometástases. Possui emissão concomitante de raios gama de 208 KeV, o que lhe confere a possibilidade de aplicação diagnóstica na obtenção de imagem cintilográfica. (MIKOLAJCZAK et al, 2003).

A terapia radionuclídica receptor específica (PRRT), utilizando o DOTATATE-  $^{177}$  LU, está indicado para os TNE com expressão positiva de SSTR2, ou metastático, ou inoperável. É contra indicado em grávidas, nutrízes, mielosupressão e insuficiência renal, doenças concomitantes agudas graves e transtorno psiquiátrico severo e incontrolável. (ZAKNUN et al, 2013).

Costa e et al (2014) explica o Lutécio  $^{177}$  possui um protocolo terapêutico que varia de um a quatro ciclos de infusão endovenosa de, em média, 200mCi (7400 MBq) do radiofármaco a cada três ou quatro semanas, em ambiente ambulatorial, não se faz necessário a internação. O intervalo pode variar até 10 semanas entre as doses, dependendo das condições clínicas do cliente, analisado através de exames de sangue (bioquímica e função renal) e cintilografia renal dinâmica com radiotraçador DTPA- $^{99m}$ Tc (ácido dietileno triamino pentacético, marcado com Tecnésio  $^{99}$  metaestável) realizados na semana que antecede a dose de Lutécio e duas semanas após a dose de terapêutica, a fim de monitorar a função renal.

Um dos efeitos colaterais da terapia endovenosa com Lutécio é a insuficiência e a toxicidade renal, causada pela possibilidade de pequenos peptídeos no plasma serem filtrados pelos capilares glomerulares, reabsorvidos e retidos pelo sistema tubular, tendo como consequência o acúmulo de radiação nos rins. (ZAKNUN et al, 2013).

Estudos como o de Costa e et al (2014), evidenciaram que a captação renal pode ser reduzida através da infusão venosa de aminoácidos básicos como a lisina e arginina, antes e após a administração do radiofármaco em questão. Com base nos achados a infusão do Lutécio $^{177}$  tem como rotina, na instituição da pesquisa, ser administrada com uma duração de 4 horas/sessão, para que seja infundido previamente aminoácidos durante 30 min, seguido da administração do radiofármaco por mais 30 min, finalizando com a reinfusão de aminoácido por mais 3 horas, totalizando um volume de 1litro de arginina e lisina administrados para a

proteção renal. A infusão é controlada por Bomba Infusora (BI), se utiliza acesso venoso periférico puncionado com dispositivo intravenoso e extensor de dupla saída, para a infusão do aminoácido e Lutécio separadamente.

Outros efeitos adversos são: alterações hematológicas (leucopenia- grau 1 a 4; anemias; trombocitopenias; síndromes mielodisplásicas; toxicidade linfoide), náuseas, vômitos e desconforto abdominal. Segundo Zaknun et al (2013), medicamentos antagonistas de 5-HT<sub>3</sub>, como o ondansetron, podem ser administrados via intravenosa ou via oral para prevenção de náuseas e vômitos antes da infusão do radiofármaco, assim como corticoesteróides - dexametasona, por exemplo. Para as alterações hematológicas, administração de eritropoietina e derivados e transfusões sanguíneas podem ser alternativas, além de acompanhamento por hematologista e realização de exames laboratoriais antes e após cada ciclo do tratamento.

Zaknun et al (2013) explica que a terapia radionuclídica receptor -específica (PRRNT) pode reproduzir as síndromes dos respectivos tumores funcionais devido à liberação maciça dos hormônios e estimulação de seus receptores correspondentes, como a liberação de serotonina devido a morte tumoral. A manifestação clínica é dependente do hormônio específico envolvido. Por esta razão, são recomendadas medidas como a verificação dos sinais vitais, ao menos, pressão arterial e pulso, antes e depois da infusão terapêutica em pacientes sintomáticos. E as intervenções terapêuticas devem ser realizadas para tratar a efeitos da síndrome funcional como por exemplo, a síndrome carcinoide<sup>1</sup> com diarreia, *flushing*<sup>2</sup>, dor abdominal, broncoespasmo. Como rotina institucional, é de responsabilidade da equipe de enfermagem a verificação dos sinais vitais, punção e manutenção do acesso venoso periférico, bem como a administração do aminoácido e radiofármaco. Estando também envolvidos nesta administração os médicos e físicos do serviço de Medicina Nuclear da referida instituição, em um sistema de rodízio para que os profissionais tenham uma menor exposição à radiação. Contudo é nossa a responsabilidade do cuidado com a BI e a manutenção do acesso venoso.

Por se tratar de infusão venosa de um radiofármaco é necessário manter o cliente em quarto terapêutico especial: com paredes e portas revestidas de chumbo, para que a radiação

---

<sup>1</sup> É um grupo de sinais e sintomas resultante da liberação maciça de mediadores neuroendócrinos, hormônios, pelo tumor.

<sup>2</sup> Rubor cutâneo provocado por vasodilatação periférica.

não ultrapasse as paredes e porta durante infusão. A entrada de algum profissional é realizada apenas nas intercorrências e ou necessidades do cliente. Conforme Norma Regulamentar - NR 30.5 do CNEN - Comissão Nacional de Energia Nuclear, órgão no Brasil responsável por ajustar as normas recomendadas pela Comissão Internacional de Proteção Radiológica (ICRP).

Outro item contido na NR e citado por Zaknun e colaboradores (2013), são as orientações de radioproteção, fornecida pelos médicos e físicos sobre os cuidados de radioproteção a serem seguidos na residência por uma semana, tempo em que estarão irradiando, a saber: evitar contato com crianças menores de 5 anos e gestantes; evitar contato sexual e evitar gravidez por um ano a partir da internação; dormir em quarto separado; se possível utilizar banheiro separado; dar duas descargas após uso do banheiro para maior diluição do dejetos, na tentativa de reduzir a contaminação do meio ambiente; lavar as mãos após uso do banheiro, não urinar durante o banho no chuveiro; se houver necessidade de vomitar, fazê-lo dentro do vaso sanitário e dar duas descargas; tomar bastante líquido. Comparecem dois dias após para realizar o PCI – pesquisa de corpo inteiro, imagem cintilográfica, realizada que servirá de guia para análise da resposta ao tratamento.

Seguindo as NRs, o quarto é previamente preparado para a recepção dos clientes. Este preparo é realizado pelos físicos com envolvimento plástico de todo material em que o cliente tenha contato direto, como as maçanetas, interruptores, vaso sanitário, torneira, bem como seus celulares e carregadores. No chão onde fica o suporte de soro e próximo ao acesso venoso é colocado um plástico para restrição do material em caso de derramamento. Após alta do cliente o ambiente é medido para detecção de contaminação e em caso positivo é mantido o isolamento do material (os plásticos são removidos) ou do quarto até decaimento total do radioelemento.

A equipe de enfermagem está organizada para o atendimento deste cliente, iniciando pelas as orientações de radioproteção, preparo do cliente para o recebimento da terapia, bem como na detecção e atenção de reações adversas. Este cliente embora fechado no seu quarto, é acompanhado pelas imagens captadas pelas câmeras, na intenção de detectar quaisquer intercorrências.

Deste modo, a enfermagem se faz necessária desde o início da terapêutica, quando participa dos exames exigidos para liberação do tratamento realizados no setor, assim como durante a administração do Lutécio, e no preparo da alta hospitalar, visto que este cliente é

liberado para a residência ainda com atividade radioativa e que retornará para completar as 4 sessões indicadas, praticamos uma desospitalização com vista à compreensão, entendimento e envolvimento dele, cliente, como peça principal e importante para o controle do meio ambiente e das pessoas de seu convívio. O entendimento, a mudança de hábitos durante este período em que está “irradiante” precisa ser realizado de maneira simples e com responsabilidade, porém sem medo e sem culpa pela irradiação emitida. O cuidado nesta orientação é maior no que tange a contaminação, pois contaminar um local com material radioativo, significa irradiar o local, como explica o Programa de Integração da CNEN (2002), pelo risco de contaminação do ambiente e das pessoas.

Diante destas considerações iniciais delimitamos o objeto deste estudo, a sistematização da assistência de enfermagem no setor de medicina nuclear para clientes que recebem Lutécio<sup>177</sup>. Este objeto está associado numa tríade, cliente, tratamento e espaço como norteadores do SAE e da teoria Nightingaliana.

Por ser tratar de uma prática de cuidar com medicamento visto como agressivo e administrado em um espaço de confinamento, os profissionais de enfermagem ainda se encontram incipientes naquilo que precisam saber e fazer para eles e para os clientes e a inexistência da SAE, é sentida do mesmo modo que o conhecimento produzido sobre Lutécio<sup>177</sup>, uma prática de domínio de muitos poucos.

Os objetivos são: Identificar na prática através de registros e ação como os profissionais de enfermagem vem registrando sua sistematização; Definir a partir do que está sendo realizado quando cuidam do cliente em uso de Lutécio<sup>177</sup>, elementos problemas norteadores do diagnóstico de enfermagem e propor diretrizes para a implementação da SAE para o setor de Medicina Nuclear que considere uma metodologia interespaçial dentro do hospital do estudo e específica para clientes, família e profissionais.

Como contribuições do estudo a implementação de produtos como: A- Sistema de recreação com imagens relaxantes sendo visualizadas na televisão existente no quarto terapêutico onde é administrado o Lutécio, acreditando em Muller (2009), quando relata que o uso das técnicas de relaxamento e visualização tendem a contribuir para o autoconhecimento, propiciando ampliação da consciência, bem como, o fortalecimento do sistema imunológico através da compreensão do processo integrado corpo e psiquismo. A escolha pelo relaxamento mental através da visualização de imagens ocorreu por confiar que essas técnicas

proporcionam um maior contato com a realidade subjetiva interna e favorecem mudanças de atitudes e ideias frente às experiências atuais de sofrimento, como citado por Elias (2003).

Este produto é classificado como: T3 – desenvolvimento de técnica de natureza terapêutica, envolvendo a produção tecnológica com a utilização de um dispositivo de relaxamento voltado para a assistência à saúde, a fim de proporcionar positividade durante o recebimento da terapêutica com o radiofármaco Lutécio<sup>177</sup>.

B - Instalação de um instrumento eletrônico – Uma visão além das portas, capaz de auxiliar os clientes que estão no quarto protegido por chumbo a visualizar os enfermeiros que estão do lado de fora. O visor desta tecnologia será instalado no quarto terapêutico com a câmera voltada para o posto de enfermagem, permitindo a comunicação verbal e visual do cliente com a equipe multiprofissional, confiando em Carvalho (2012) quando diz que a comunicação promove a interação entre os seres humanos, permitindo que eles se expressem, realizem seus desejos e possam relacionar-se com o outro de forma a compartilhar conhecimentos. Porchet (2012) cita que ao se relacionarem, sofrem influências próprias, do outro e do ambiente que o rodeiam; sendo assim, uma “via de mão-dupla”, atingindo o que classifica como comunicação interpessoal. Dessa forma este produto é classificado como T3 por envolver a adequação tecnológica com o uso de um aparato tecnológico, visando a melhoria e efetivação da comunicação entre cliente e profissionais de dentro do quarto terapêutico para fora, durante a permanência do cliente na terapia com o radiofármaco Lutécio<sup>177</sup>.

C - Implementação da consulta de enfermagem (CE), para os clientes portadores de TNE que serão submetidos ao tratamento com o Lutécio<sup>177</sup>, atendendo assim, a Resolução do COFEN nº 358/2009, que dispõe sobre a SAE e a implementação do processo de enfermagem (PE), o que deve ocorrer em ambientes públicos ou privados no cuidado profissional e o denomina de Consulta de enfermagem (CE), quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde. Enfatiza também, que a mesma deverá ser realizada em cinco etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação de enfermagem. Como a resolução considera a CE e o diagnóstico de enfermagem funções exclusivas do enfermeiro optou-se por esta tecnologia tipo T3, voltado para a assistência à saúde, com a realização da consulta para os clientes indicados à terapia com o radiofármaco. O objetivo é a implementação uma coleta de dados aprofundada para validar o diagnóstico de enfermagem, garantindo assim, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, equipe multiprofissional, familiares e ambiente, com vista a qualidade de vida. Visando ainda

adaptação e conhecimento deste cliente na ação terapêutica do isolamento radioativo, bem como família e comunidade envolvidos neste processo.

A justificativa para o desenvolvimento do estudo envolve aspectos legais e da construção da SAE na Medicina Nuclear de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. A pesquisa prevê que o programa seja gerador, agregador e disseminador de atividades específicas da enfermagem centradas na Sistematização da Assistência, dessa forma este estudo integra o projeto contemplado pelo edital CAPES/COFEN nº 27/2016, para o Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação de Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEH, e faz parte da linha de pesquisa: Cuidado em saúde no espaço hospitalar – diagnóstico, tratamento e intervenção.

O estudo apresenta grande relevância para a enfermagem não só por contribuir para a sedimentação da SAE como elemento da cultura profissional, mas também por atender a necessidade do cumprimento com urgência da Resolução COFEN 358/2009, que determina a implantação da SAE, incumbência privativa do enfermeiro. Ciente desta obrigatoriedade e importância concomitante com o desenvolvimento deste estudo foi realizado cursos de capacitação sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para Enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde do Rio de Janeiro pelos discentes do PPGSTE -Mestrado Profissional. Este trabalho gerou um artigo: Capacitação de Enfermeiros em Sistematização da Assistência de Enfermagem, apresentado e submetido para a Revista em Foco – COFEN. (Anexo I). Cujo resumo expomos a seguir: Objetivo: Analisar estratégias de ensino aprendizagem aplicadas em um curso de capacitação em SAE. Metodologia: Estudo metodológico, descritivo e transversal. Local: hospital federal/RJ. Utilizou-se a metodologia ativa (*Problem Based Learning*), a partir de um estudo de caso e aula expositiva dialogada. Para avaliação da assimilação do conteúdo utilizou-se o pré e pós teste por meio do software *Socrative*® e *Mentimeter*®. Utilizou-se estatística descritiva e para as repostas subjetivas empregou-se a nuvem de palavras. Resultados: A média de participação foi de 11 profissionais, com média de acertos no pré-teste de 2,5 (s=0,9486833). Vinte discentes foram incoerentes pelo menos uma vez nas respostas (x=1,5 e s=0,8885233). As nuvens de palavras tiveram como maiores resultados: organização e conhecimento. Conclusão: A estratégia possibilitou que os enfermeiros compreendessem a importância de retomar as discussões sobre a implementação da SAE no serviço de saúde. Descritores: Enfermagem, Capacitação de Equipe, Ensino de Enfermagem.

Visando atender o projeto do edital CAPES/COFEN nº 27/2016 outros trabalhos foram desenvolvidos em paralelo, como a Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem realizado em conjunto com todos os discentes do Programa de Pós Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – PPGSTEH, Mestrado Profissional, , com duração de 15 horas, realizada em maio de 2018, cujo público alvo foram os alunos da graduação em enfermagem do 4º, 5º e 6º período da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO.

Com o propósito de abordar os aspectos teóricos e metodológicos do processo de enfermagem no contexto da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE com base na Resolução Cofen358/2009. Para este fim, os objetivos foram: Desenvolver conhecimento, o pensamento crítico reflexivo e habilidades para a implementação das etapas de coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implantação e avaliação da assistência de enfermagem respaldadas em referencial teórico de enfermagem utilizando as classificações NANDA (Associação Norte Americana de Diagnóstico de Enfermagem), NIC (Classificação das Intervenções de Enfermagem) e NOC (Classificação de Resultados de Enfermagem).

Como metodologia foi realizado duas etapas, uma teórica apresentada em *powerpoint* com discussão em grupo pelas mestrandas e alunos. E a etapa simulação realística de casos/fatos elaborado pelas mestrandas e orientadores, ocorridos em instituições hospitalares e apresentados pela tempestade de ideias do grupo de alunos da graduação com foco na dissertação do diagnóstico de enfermagem e cuidados de enfermagem segundo a ferramenta de passagem de plantão SBAR - é um mnemônico<sup>3</sup> para Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação.

No resultado, percebemos o melhor envolvimento dos alunos que cursavam o 6º período, acreditando que a experiência clínica seja fundamental para o raciocínio clínico e desenvolvimento da SAE. Por parte da experiência das mestrandas, percebemos a necessidade de aprimorar e aprofundar nosso saber sobre o assunto para garantir uma maior sensibilização dos participantes, mesmo quando ainda em início do processo de aprendizado.

Atendendo ainda ao programa CAPES/COFEN, participamos também do ciclo de palestra sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, em parceria com a Educação Continuada do Hospital Universitário Gafrée e Guinle da UNIRIO, com a

---

<sup>3</sup> é um conjunto de técnicas utilizadas para auxiliar o processo de memorização

apresentação do conteúdo teórico do Curso de Capacitação sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para Enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde do Rio de Janeiro.

Com objetivo de evidenciar estudos com a temática o que tem sido publicado sobre o cuidado de enfermagem com o lutécio na medicina nuclear, foi realizado um levantamento nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Houve uma consulta nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), específicos das bases de dados LILACS e BDENF, e no Medical Subject Headings (MeSH) respeitando as especificidades de cada base de dados cruzando os descritores por meio dos operadores booleanos AND e OR. Para esta busca utilizou-se os seguintes descritores combinados: medicina nuclear AND enfermagem; consulta de enfermagem AND medicina nuclear, Lutecio AND medicina nuclear e Lutecio AND enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: artigos publicados que apresentavam textos completos nos referidos bancos de dados no período de 2010 a 2017. Os critérios de exclusão foram: estudos de revisão, relatos de caso, reflexão ou comunicação e estudos que se repetissem entre as bases de dados considerando-se apenas um.

Como resultado da busca na literatura científica foram encontrados 18 artigos que abordam sobre enfermagem e medicina nuclear. Desses estudos foram selecionados 4: a assistência dos pacientes com câncer de tireóide; a atuação das enfermeiras que trabalham no centro de diagnóstico por imagem; precaução e manipulação dos dejetos radioativos e radiofármacos utilizados na radiologia.

A escassez de estudos justifica ampliar nossos conhecimentos nesta temática porque trata de clientes que se encontram em situação de controle da doença e sem opção de cura além do fato do medicamento deixar o seu corpo por algum tempo irradiado e radiante, um risco esperado e que merece cuidados.

O estudo é um meio de mostrar outro lado do tratamento do câncer, de exigência de cuidados de proteção uma vez que a radioatividade se mantém no organismo do cliente e necessita ser eliminada do corpo, tendo o cliente a noção de minimizar a exposição às pessoas de seu convívio e ao seu redor, bem como o meio ambiente.

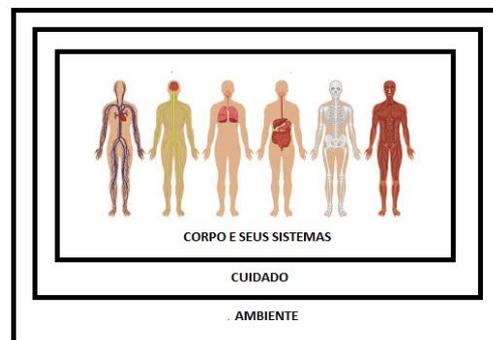
É uma oportunidade de falar de um cliente e de uma enfermagem que poucos conhecem.

## 2. ABORDAGEM TEÓRICO – METODOLÓGICA

### 2.1 –Bases Conceituais

O cliente deste estudo, que tem câncer e se trata utilizando um radioisótopo, Lutécio<sup>177</sup>, se estreita e fundamenta nas questões de corpo, ambiente e cuidado, este desenvolvido e sistematizado como nos orienta o COFEN, 358/2009.

Figura 1:O Corpo, o cuidado e o ambiente.



Elaborado pelo autor

E com este entendimento que também nos apoiamos numa postura filosófica e teórica para dar conta das pesquisas. Primeiramente é preciso dizer que nos dias atuais não podemos mais nos furtar de pensar sobre a prática de filosofar sobre a prática, de pesquisar a prática de enfermagem tendo sempre, como foco central o corpo do cliente, seja ele quem for e em que condições estiver.

Corpo do cliente, entendido como espaço mínimo humano, livre, ativo, com suas próprias ideias, opiniões, valores, ambições e visão do mundo. É um corpo infragmentável, próprio, biológico, emocional, psicológico, cultural, político, linguístico, social em suma, histórico. Lugar de expressão e criação de sentido e representações, de escuta, de cognição, de produção de imagens e de subjetividades, instituído e instituintes, que faz movimentos de mudanças, por isso cidadão, por isso cliente e não paciente. ( FIGUEIREDO E MACHADO, 2009 p. 425).

Um exercício que devemos fazer sempre é refletir sobre o que fazemos, como fazemos e porque fazemos em nossas ações de cuidar, o que nos remete a uma posição científica e, se essas ações suportam acolher uma filosofia – teoria para dar cientificidade ao nosso cuidado.

A enfermagem, não é uma profissão desconhecida sobre sua importância nos ambientes nos quais se encontram os clientes que necessitam de cuidados. No entanto, a

natureza, a essência do que ela faz não é “tão clara”, principalmente quando se fala de ciência e autonomia.

Junto a questão filosófica, que é entendida por Needleman (1991) - “O Homem não pode viver sem a filosofia, há no coração humano uma busca que é nutrida pela autentica filosofia, sem o qual morre como se fosse privado de alimento ou ar”; articulado a ele está a teoria que deve fundamentar, ancorar o que fazemos, o que dizemos e como seguimos em nossas práticas e pesquisas.

Segundo Alligood e Tomey (1999) “a teoria tem sido um tema dominante na literatura de Enfermagem nos últimos 30 anos (...); nesse sentido as enfermeiras começaram a se movimentar com o objetivo de desenvolver um conhecimento de enfermagem no qual possam basear a sua prática (...)”

Estamos em plena era da investigação na enfermagem e se não a utilizarmos, “estaremos produzindo apenas informações isoladas” ALLIGOOD E TOMEY (1999).

Por isso, optamos pela teoria de Florence Nightingale, mentora da Enfermagem moderna e que em seu livro “Notas sobre a enfermagem” – o que é e o que não é enfermagem, nos diz: “ser enfermeira necessita mostrar a capacidade a possibilidade e a necessidade de uma preparação formal e sistemática para a aquisição de um conhecimento ...” ALLIGOOD E TOMEY (1999)

Continuando nossa opção teórica destacamos não só o interesse de Nightingale pelo ambiente, mas por outros teóricos. Florence Nigthingale acreditava que o ambiente é responsável pela cura se nós soubermos colocar o cliente nas melhores condições para que isto aconteça. Destacava como fundamentais algumas condições que fazem o ambiente saudável, como: higiene, iluminação, aeração, ruídos e odores. Com o tempo essas condições foram sendo ampliadas e melhor decodificadas, incluindo as relações humanas no ambiente.

Ambiente é um tema que interessa a todas as áreas da profissão, à diversas profissões, quando se preocupam com o ambiente do trabalho, com a ergonomia e em todo o mundo, principalmente no discurso do aquecimento global. Quando Nigthingale destaca os dois princípios básicos da Enfermagem, dizendo que somos responsáveis para aliviar o sofrimento e nunca colocar a vida do nosso doente em risco, sua orientação é atual e está nas políticas públicas, na Organização Mundial de Saúde- OMS e na Agência Nacional de Vigilância

Sanitária - ANVISA. Aliviar a dor ou o sofrimento e evitar riscos se encontram em descuidados com o corpo e com o ambiente. Segundo Figueiredo e cols. (2009, p. 428), descuido pode ser sobre não-cuidado entendido como:

Uma rede de discursos, ações, processos e conhecimentos e saberes criadores e mantenedores de condições e situações ecosanitárias de ambiente, espaços e contextos inadequados, insatisfatórios, danosos ao conforto, ao bem estar, a segurança, ao desenvolvimento de pessoas, comunidades, povos e sociedades.

Este cliente vivencia um espaço próprio quando recebe o radiofármaco e esse vivenciar envolve questões concretas e subjetivas, em um espaço vivido que tem muitos sentidos que segundo Bolnow (2008, p.16) “é o espaço no qual ele vive, é seu meio de vida e o vive de maneira pessoal e particular.” Pode ser facilmente entendido como experiência do espaço em vários sentidos, circunstâncias físicas ou psíquicas, seu espaço como meio de tratamento. Viver é estar em vida. O mesmo autor escreve (p.17) que:

O espaço não se reduz, para nós, a relações geométricas, que determinamos como se nós mesmos, limitados ao simples papel de curiosos observadores científicos, nos encontrássemos externo a ele. Vivemos e agimos no espaço e no espaço se dá tanto a vida pessoal como a coletiva da humanidade.

Ao nos colocar diante da posição e experiência do cliente que recebe o Lutécio <sup>177</sup>, no qual fica em um espaço delimitado, fechado, sem possibilidade de circular ou que outros circulem a lhes fazer companhia, pensamos no que Bolnow (2008, p. 165) nos fala sobre a porta e a janela e associando ao estudo em questão, fizemos nossas associações em sua citação:

Para que a casa (o quarto terapêutico) não se torne uma prisão para a pessoa, deve ter aberturas para o mundo que liguem de maneira adequada o interior da casa com o mundo exterior. Porta e janela abrem a casa para o trânsito com o mundo, são ligações que criam uma relação entre o mundo (e a enfermagem que fica do outro lado) de fora. Pela porta, quem pertence a casa pode entrar e sair (equipe de enfermagem, médicos e físicos) e faz parte da liberdade do seu habitar poder, a cada momento, abrir a porta que foi trancada por dentro e atravessá-la livremente, enquanto o estranho (cliente) permanece fechado até que tenha seu acesso permitido.

Em relação a cama o autor nos diz que “A cama provoca um sentimento de abrigo e confere com seu calor e seu caráter protetor um sentimento de paz (...) a cama deve consolar, aliviar o pranto (...)”. (BOLNOW 2008, p. 179). Dessa forma, talvez nosso cliente possa se sentir preso ao mesmo tempo que pode se sentir confortado e à vontade para chorar a dor de estar doente.

Figura 2- Quarto terapêutico.



Fonte: acervo do serviço

Nós, no aspecto específico deste estudo, não sabemos como estes clientes se sentem nestes quartos e como são suas relações de vizinhança e não existem pesquisas sobre isto que possa indicar uma “conduta clínica” para o corpo, para o espaço e para o tratamento, pois o que está em questão é como ele experimenta o seu tratamento. Segundo Figueiredo e Santos (2004, pg. 20)

Enfermagem clínica é realizada para qualquer tipo de clientela porque traz em si os fundamentos e ações para atender alguém que está doente, ou ainda em fazer diagnóstico. Sua intenção é manter as condições de vida instaladas; evitar complicações, detectar sinais, sintomas (e signos) e reagir para restaurar o bem estar, o bem viver do ser humano (...).

Este ambiente hospitalar não está desconectado dos territórios, macroambientes, nos quais esse homem em tratamento interage com os outros, participa de suas próprias lutas do viver e trabalhar, de suas relações amorosas e vai criando suas próprias subjetividades no meio do tratamento, às vezes cheio de problemas econômicos, principalmente quando desempenham um papel de líder e mantenedor da família.

É um homem, que segundo Guatari (2012, pg. 31-37) está mergulhado em três ecologias – *ecosofia política*, *ecosofia social* e *ecosofia mental* – a primeira é ampla e envolve eventos macros, catástrofes, sistema de mercado, mediadores sociais, problemas de existência humana em novos contextos históricos; a segunda, envolve o desenvolvimento de práticas específicas que tendem a modificar e reinventar maneiras de sermos o seio do casal, da família, do contexto urbano, do trabalho, etc; e a terceira, trata de reinventar a relação do sujeito com o corpo, com o fantasma, com o tempo que passa, com os mistérios da vida e da mente.

Existe assim, no espaço de tratar desse cliente, práticas sociais e individuais que ele agrupa em três rubricas complementares: ecologia social, ecologia mental e ecologia ambiental – sob a égide ético-estética de uma ecosofia - filosofia ecológica.

Sobre o cuidado, ele é igual e diferenciado para o cliente, em particular deste estudo, é o cliente da enfermagem, entendido a um só tempo, como o é na realidade: Uno e integralmente biológico, emocional, pessoal, político, espiritual, social, cósmico, psicológico.

Cuidado de enfermagem sob a visão de Figueiredo e Machado (2009, p. 414) é entendido como:

Enfermagem aplicada e não restrita a especialidade de Enfermagem Hospitalar, significando um conjunto de ações e ato de cuidados, desenvolvidos em situações de cuidado e dirigida à pessoas sadias e ou adoecidas, às demais pessoas a ela ligadas, às comunidades e aos grupos populacionais com a meta de promover e manter conforto, bem estar e segurança (...).

Este pode ser um dos entendimentos principais que ancoram a SAE que tem alguns requerimentos de condutas, como, segundo os autores citados acima, afirmam:

Querer cuidar, isto é, envolver-se para manter a saúde, ou a vida quando o cliente estiver em risco; Criar um ambiente rico de estímulos auditivos (positivos) visuais e espirituais a partir do conhecimento que temos de cada doente para poder ofertar o que ele deseja e necessita – cuidado individual e intransferível à outro; Estar emocionalmente bem para que possa transmitir energia mental – corporal positivas; Ser capaz de pensar e refletir o cuidado que está ofertando e tentar imaginar estar no lugar dele. Estar sempre avaliando, julgando o que faz com cuidado, se seus movimentos sociais, corporais, políticos, práticos e científicos indicam possibilidades de contribuir para manter o cliente no “fluxo de vida”, ligado ao ambiente e as pessoas de seu afeto.

## 2.2 – Considerações Metodológicas

A opção mais acertada para dar conta da SAE no setor de Medicina Nuclear para clientes que recebem Lutécio <sup>177</sup> é o método qualitativo, concordando com Minayo e col (1994 p. 21-22) quando diz que: “determinadas realidades não podem ser quantificadas, principalmente quando queremos trabalhar com significados”, “motivos, valores, crenças, atitudes”, que segundo a autora “corresponde a um espaço mais profundo das reações dos processos e dos fenômenos que não podem ser realizados à operacionalização de variáveis”. O fato de ter câncer, ser tratado com Lutécio <sup>177</sup>, ficar isolado num quarto, ser fonte radioativa e com risco de contaminação do meio pelo radiofármaco.

A pesquisa qualitativa tem sua escolha acertada quando o objetivo é identificar de que modo as pessoas consideram uma experiência, uma ideia ou um evento e ainda para quando o

objetivo é a "demonstração lógica das relações entre conceitos e fenômenos, com o objetivo de explicar a dinâmica dessas relações em termos intersubjetivos" (MENDES, 2006, p. 11).

Gaskell (2002, p.65) afirma que a pesquisa qualitativa:

fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivação, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Também sabemos que a pesquisa qualitativa, desenvolvida no espaço de saúde-doença exige uma abordagem ampla para investigar experiências humanas (enfermagem e clientes em uso de Lutécio) e, quem sabe, contribuir com a construção da SAE.

Com este fim, o cenário escolhido foi o serviço de Medicina Nuclear de um Hospital público referência para tratamentos do câncer, situado no município do Rio de Janeiro, ambiente de atendimento de clientes portadores de TNE, para o tratamento com radiofármaco Lutécio<sup>177</sup>, bem como o ambiente ambulatorial, onde são realizados os exames pré e pós sessão terapêutica.

A pesquisa envolveu 2 Enfermeiros (as) ativos e 1 Enfermeiro (a) aposentado do Serviço de Medicina Nuclear que cuidando de clientes com administração de Lutécio<sup>177</sup> são responsáveis pela SAE. Foi analisado em que momento esses profissionais se encontravam na sistematização da assistência, através da avaliação dos relatos realizados nos prontuários de clientes que receberam a terapia em questão no período de 2016, período anterior ao início da pesquisa, para que não houvesse influência da pesquisadora nos relatos da assistência prestada.

Ainda como participantes do estudo, tivemos 10 clientes portadores de Tumores Neuroendócrinos, que receberam tratamento com radiofármaco Lutécio<sup>177</sup>, no cenário descrito, que puderam descrever experiências e vivências neste processo de ser e ter câncer e se tornar fonte radioativa por um período, devido ao tratamento. Os critérios de inclusão foram clientes indicados ao tratamento com Lutécio no período da coleta de dados e que aceitaram a participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de nº 3.014.440. Como critério de exclusão, os clientes que se recusaram a assinar o TCLE, ou os que não foram elegíveis, por recomendação médica, a serem submetidos ao tratamento com Lutécio<sup>177</sup>.

Cada participante foi identificado por siglas, de escolha do autor, de forma aleatória, garantindo o anonimato, para melhor organização da pesquisa, dispomos da seguinte maneira: 1º- ABC; 2º - DEF; 3º - GHI; 4º - JKL; 5º- MNO; 6º- PQR; 7º- STU; 8º- VWX; 9º- YZA; 10º- BCD.

Esta pesquisa foi realizada em parceria CAPES/COFEN com ajuda de custo detalhada na tabela visualizada no Apêndice B, conforme dispõe a Resolução COFEN nº 358/2009 sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem que tem por objetivo organizar o exercício profissional no que se refere aos métodos, pessoas e instrumentos, possibilitando a operacionalização do processo de enfermagem e no Art. 7º aborda a competência do Conselho Federal de Enfermagem e dos Conselhos Regionais de Enfermagem em estabelecer parcerias para o cumprimento da Resolução.

Os procedimentos metodológicos foram: análise documental com pesquisa em prontuários (Apêndice C); formulário para caracterização dos participantes (Apêndice D); as entrevistas abertas, para avaliação do momento terapêutico e outra para avaliação do ambiente (Apêndices E e F respectivamente); e roteiro de observação indireta do cliente por meio de câmera (Apêndice G). Cada instrumento foi organizado e discutido separadamente.

Foram analisados 51 registros de enfermagem de clientes submetidos ao tratamento com Lutécio no serviço de medicina nuclear, SMN, para identificar na prática como os enfermeiros vem registrando a sua sistematização. A amostra constou de todos os clientes que receberam a terapia no ano de 2016, uma busca retroativa, evitando interferências da autora nos registros, visto que a mesma iniciou o mestrado profissional com foco na SAE em meados de 2017. Para este fim, utilizou-se um aplicativo gratuito de scanner e após impressão da imagem foi realizado leitura e análise dos registros de enfermagem.

As entrevistas abertas foram utilizadas em dois momentos distintos; inicialmente houve um primeiro contato com o cliente, momento este, da “internação” para a administração do fármaco. Embora seja um tratamento ambulatorial é considerado nesta pesquisa como internação pelo uso dos quartos terapêuticos no período que varia em média 6 horas. Este cenário é composto por um quarto com duas camas, biombo chumbado separando-as, podendo estar acompanhado de outro cliente do mesmo sexo ou de um acompanhante nos casos de dependência física. As paredes e portas do quarto também são chumbadas. Como pauta para a entrevista foram desenvolvidas 12 perguntas abordando o conhecimento sobre a doença, o tratamento, existência de alterações físicas, sociais, familiares e sobre qualidade de

vida. Todas as conversas foram gravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora, utilizando um recurso tecnológico digital.

O segundo momento ocorreu no ambiente ambulatorial, enquanto aguardavam seu atendimento, dois dias após a primeira entrevista, momento em que os clientes retornaram para acompanhamento da função renal com a realização de imagem cintilográfica realizada na Medicina Nuclear. Constou de 5 perguntas para avaliação da percepção do cliente em relação ao ambiente terapêutico e seu confinamento. Também foram gravadas e transcritas como no primeiro momento.

Sobre a entrevista aberta, Minayo explica que:

A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e também para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é utilizada geralmente na descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos (MINAYO, 1993)

O formulário para caracterização dos sujeitos, foi preenchido pela autora que concorda com Lakatos e Marconi (2006, p.214) quando afirmam que: “O formulário é um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”. Alguns dados específicos, como diagnóstico médico, foi pesquisado pela autora nos prontuários dos clientes.

O roteiro para avaliação do comportamento do cliente e necessidade de auxílio da equipe de enfermagem durante a terapia em si, foi preenchido pela autora com auxílio da equipe de enfermagem de plantão, informando a necessidade de entrar no quarto para fins de ajuda ou exigências da terapia, como exemplo, o disparo do alarme da bomba de infusão. Este formulário contou também com as imagens registradas pelas câmeras existente no quarto terapêutico, permitindo a visualização desse cliente durante toda sua permanência no quarto.

Este formulário foi elaborado com foco em duas preocupações: primeiro, para registro das possíveis dificuldades encontradas pelo cliente durante a terapia. Neste primeiro contato com a equipe o cliente é confinado em um quarto, sozinho, isolado, portando um acesso venoso periférico, estando em sua responsabilidade a manutenção desta via, na maioria dos casos, acessos frágeis. Acoplado a este acesso, encontram-se os aparatos tecnológicos como: suporte de soro, frasco com aminoácido, frasco com Lutécio, equipos, extensão em “Y”, bombas de infusão e fio conectado à rede elétrica. Realizam cuidados diferentes de sua rotina, durante as quatro horas de tratamento como: se alimentar e de ir ao banheiro, o que requer

retirada do fio da rede elétrica, empurrar suporte de soro até o banheiro (situado dentro do quarto terapêutico, onde não há câmera), realizar as necessidades com cuidados de radioproteção (sentado no vaso sanitário, inclusive o sexo masculino), fechar o tampo do vaso, ativar a descarga por três vezes consecutivas, com o intuito de diluição do rejeito ao máximo na rede de esgoto. Lavagem das mãos. E ao retornarem para o quarto, precisam religar a bomba de controle do gotejamento na rede elétrica, seu esquecimento faz com que dispare o alarme da mesma. Nos casos de vômito, são orientados a utilização do vaso sanitário, necessitando de uma luta entre: corrida ao banheiro versus ânsia.

A segunda preocupação foi com a equipe multiprofissional, principalmente a equipe de enfermagem, que se encontra sempre à frente no que se refere ao cuidar, mesmo nos casos em que se encontra do lado de fora. Se torna uma preocupação essa exposição, pois estamos lidando com um cliente especial que neste momento está recebendo um tipo de fonte radioativa e logo torna-se a fonte.

Considerando que estes profissionais são Indivíduos Ocupacionalmente Expostos (IOE), a CNEN, através da NR 3.01, aborda as diretrizes básicas de Radioproteção e reforça a necessidade de se proteger das radiações, seguindo três princípios básicos de proteção: tempo, distância e blindagem. Tempo: a dose absorvida por uma pessoa é diretamente proporcional ao tempo em que ela permanece exposta, logo qualquer trabalho nesta área deverá ser realizado em menor tempo possível; distância: a dose de radiação é inversamente proporcional ao quadrado da distância da fonte à pessoa; blindagem: é o modo mais seguro de proteção contra as radiações ionizantes, uma vez que os dois métodos anteriores dependem de um controle contínuo do trabalhador.

Após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da instituição Proponente sob o parecer nº 2.793.660 (Anexo 1) e pelo CEP do cenário do estudo sob os pareceres nº 2.965.021 (Anexo 2) e nº 3.014.440 (Anexo 3), foi realizado a aproximação aos clientes e convite para a participação da pesquisa. Foram apresentados os objetivos e explicado a não interferência no tratamento em caso de negativa de participação e após concordância pelos mesmos, foi iniciado a entrevista gravada, bem como o preenchimento do formulário de caracterização dos participantes, pela pesquisadora.

O período das entrevistas, preenchimento do formulário de caracterização do cliente, bem como a observação direta ao cliente pelas câmeras ocorreram de novembro de 2018 à janeiro de 2019.

### 2.3 Análise da coleta de dados

A coleta e análise dos dados nos prontuários de clientes que realizaram a terapia com Lutécio ocorreu em paralelo com as entrevistas, na busca de como a enfermagem registra o seu exercício profissional, sabendo que, durante a terapêutica com o Lutécio, a enfermagem se faz presente e atuante em todo o período, desde a entrada do cliente no quarto até a sua alta hospitalar. Aprendemos a sistematizar nossa assistência mentalmente e sem perceber esse processo intelectual, realizamos nossas ações, entretanto não estamos acostumados a registrar o que realizamos na prática. Essa premissa ficou clara ao analisarmos os registros. Nossa escrita é reduzida em ações e volta-se para o modelo biomédico, como os registros de relato do cliente quanto as alergias, comorbidades e medicações de uso diário. Quando procuramos a visão da enfermagem, encontramos um foco no que se refere ao nível de consciência, mobilidade, dieta e eliminações, em poucos casos registramos sinais clínicos como: rubor, edemas, cansaço, taquicardia, fragilidade capilar, acuidade auditiva diminuída. Quanto ao registro de dor, em maior número, sem a presença da escala visual de controle da dor -EVA, encontramos apenas 11/51. Já os sintomas subjetivos, apenas dois registros de ansiedade.

Os registros da assistência de enfermagem foram: sinais vitais; orientações de radioproteção, glicemia e medicações de uso cotidiano; administração de antieméticos, aminoácido, Lutécio e analgesia; punção venosa e alta hospitalar. Apenas 5 intercorrências ocorreram nos 51 casos, todos anotados até normalização, com registro das ações, que foram: administração de anti-hipertensivo e verificação da pressão arterial, administração de analgésico devido a dor com realização da Escala Visual Analógica - EVA e uma perda de acesso durante infusão do aminoácido após administração do Lutécio, com nova punção periférica. Nesta busca foram encontrados 9 internações sem o registro de enfermagem. E nenhum diagnóstico de enfermagem realizado conforme os padrões da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem - NANDA. Foi elaborado um quadro para visualização dos resultados da busca no prontuário. (Apêndice H)

Com base no formulário de caracterização dos clientes, foi elaborado o quadro 1, desmembrado em duas partes, para facilitar o entendimento da análise.

Quadro 1: Caracterização dos clientes.

Cientes		ABC	DEF	GHI	JKL	MNO
Sessão LU	Nº	1º/4	1º/4	1º/4	2º/4	1º/4
Sexo	F/M	F	M	F	M	F
Idade		63 anos	63 anos	54 anos	46 anos	43 anos
Escolaridade	(grau)	2º completo	2º completo	3º completo	1º incompleto	2º incompleto
Profissão		Empregada doméstica EUA	Agente administrativo	Pedagoga	Vigia Noturno	Cozinheira
Estado Civil		Casada no papel /separada	Casado	Casada	Casado	Solteira
Constituição fam.		2 filhas adultas	8 filhos adultos	2 filhas adultas	s/filhos	2 filhas adultas
Reside com:		Mãe com Alzheimer	Esposa, 1 filha e genro	marido e 1 filha	Esposa	1 filha
Diagnóstico médico		TNE reto com progressão pélvica	TNE pulmão	TNE íleo cecal com <i>M</i> linfonodal*	TNE <i>M</i> fígado	TNE <i>M</i> fígado
Tempo de tratamento		6 anos	4 anos	2 anos	5 anos	2 anos
Saneamento Básico		Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Moradia	Quarto	separado	separado	separado	Separado	Único
	Banheiro	separado	separado	separado	Único	Único
	Animal	Não	Cachorro	Passarinho	Gatos vizinha	Não
Religião		Espírita	Católico	Católica	Católico	Assembleia
* <i>M</i> - Metástase						
(*) reside em Salvador/BA						

Elaborado pela autora

Cientes		PQR	STU	VWX	YZA	BCD
Sessão LU	Nº	3º/4	1º/4	2º/4	2º/4	1º/4
Sexo	F/M	F	F	F	F	F
Idade		48 anos	49 anos	57 anos	60 anos	61 anos
Escolaridade	(grau)	2º completo	2º completo	2º completo	1º incompleto	3º completo
Profissão		Recepcionista	Cozinheira para fora	Téc enfermagem aposentada	Operadora de caixa	Aposentada
Estado Civil		Solteira	Casada	Solteira	Casada	Divorciada
Constituição fam.		2 filhos (14 e 7 anos)	3 filhos (24,14,12 anos)	s/ filhos	2 filhas adultas	2 filhos adultos
Reside com:		Companheiro e filhos	Marido e filhos	3 irmãs adultas	Marido	Companheiro
Diagnóstico médico		TNE ceco <i>M</i> fígado	TNE íleo <i>M</i> fígado	TNE íleo terminal com <i>M</i> s	TNE pâncreas localmente avançado	TNE apêndice com múltiplas <i>M</i> s
Tempo de tratamento		2 anos	2 anos	5 anos	1 ano	3 anos e meio
Saneamento Básico		Sim (*)	Sim	Sim	Sim	Sim (*)
Moradia	Quarto	Separado	Único	Separado	Separado	Separado
	Banheiro	Único	Único	Único	Único	Único
	Animal	Não	Não	Não	Gato	Não
Religião		Católica	Católica	Católica	Cristã	Espírita
* <i>M</i> - Metástase						
(*) reside em Salvador/BA						

Elaborado pela autora

Com relação aos dados observados no quadro 1, caracterização dos clientes em protocolo terapêutico com Lu<sup>177</sup>, que consta de até 4 sessões, notamos que todos estavam entre a primeira e terceira sessão. Na 1º/4 encontramos 60% dos clientes, vale ressaltar que é o primeiro encontro deles com o quarto terapêutico, com a equipe de enfermagem, e demais equipes, como: físicos, nutricionistas, farmácia. Analisamos ainda que 30% estavam na 2º/4 e apenas 10% na 3º/4 sessões. Porém, ao verificarmos o tempo de tratamento desde o diagnóstico até o momento da entrevista, notamos que este é longo, variando de 1 à 6 anos de terapêutica. O diagnóstico médico de TNE é comum e indicado para este tratamento, bem como a presença de metástases e ou progressão da doença em todos os participantes.

Dos entrevistados, (80%) eram do sexo feminino e apenas 20% do sexo masculino. A faixa etária encontrada foi de adultos, 60%, entre 43 – 63 anos. Escolaridade variada entre o

1º grau incompleto até o nível superior, entretanto todos com boa capacidade de compreensão. Quanto a situação profissional todos encontram-se afastados, por licença médica prolongada ou por aposentadoria. Analisando o estado civil, encontramos variações de casados, n = 5; solteiras, n = 4 e divorciado, n = 1; entretanto todos residem acompanhados por: companheiros, no caso dos casados; mãe com Alzheimer; irmãs; filhos adultos, adolescentes, n = 3 e apenas uma criança, com idade suficiente para o entendimento da necessidade de manter os cuidados de radioproteção. Quanto a análise da moradia todos possuem saneamento básico, entretanto 20% com quarto único e 70% com banheiro único, apenas 40% com presença de animais domésticos. Fato que fortalece a necessidade dos cuidados de radioproteção como distância e manutenção do ambiente sem contaminação radiológica (cuidados com os rejeitos). Todos possuem crenças, com religião variadas entre o catolicismo, espiritismo e o cristianismo.

A observação do comportamento dos participantes através da câmera e necessidade de auxílio da equipe de enfermagem durante a terapia, ocorreu logo após a entrevista, durante o período da terapêutica, os dados foram computados e mostrados no quadro 2.

Quadro 2: Observação indireta dos clientes

Clientes		ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD
Enfermagem	Sim	x									
	Não		x	x	x	x	x	x	x	x	x
	Nº vezes	1									
	Motivo	Banheiro									
Banheiro	Nº vezes	2	4	3	5	1x (2x/fralda)	5	7	6	3	2
	Com ajuda?	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
	Motivo	Tonteira				uso de bengala	urgência				
Sono/Cochilo	Sim	x		x	x	x	x	x			x
	Não		x						x	x	
Aceitação/Dieta	Total	x		x	x	x	x			x	
	Parcial		x					x	x		x
	Motivo		S/ sal					Náuseas	Não gostou		Náuseas
Acesso venoso	Mantido	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Alarme da Bomba de infusão		0	3x	0	0	5x	3x	2x	4x	2x	2x
Refeição		2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x	2x
Nota: A cliente ABC era portadora de nefrostomia e foi orientada ao esvaziamento do coletor apenas no fim da terapêutica.											

Elaborado pela autora

Após análise do quadro 2 observamos que 100% dos clientes não solicitaram a presença da enfermagem durante o tratamento com o radioisótopo Lutécio<sup>177</sup>, talvez justificado pela entrada desta equipe no quarto, durante este processo.

Há variações na utilização do banheiro com frequências de 2-7 vezes. Entretanto dos 10 clientes observados apenas 1 e por uma única vez, solicitou a ajuda da enfermagem, devido a tonteira. Vale ressaltar, que tivemos pacientes com marcha claudicante usando bengala (02), paciente nefrostomizado com bolsa coletora (01), e ainda uma cliente utilizando fralda, que não necessitaram de auxílio. Cabe a ressalva que estes clientes encontram-se em uma fase frágil, com relatos de sinais e sintomas como: dor, diarreia, náuseas, edemas, síndrome carcinoide com presença de rush cutâneo entre outros.

Quanto ao fato de dormir e / ou cochilar dentro deste período, em média 4 horas, apenas dois relatos negativos, os demais conseguiram em algum momento dormir e/ou cochilar, geralmente após o almoço. Não foi observado pela equipe desconforto ou ansiedade daqueles que não conseguiram dormir. A televisão do quarto permaneceu ligada todo o período e acesso ao celular pelo cliente, foi observado através da câmera interna.

Notamos também, 100% de aceitação da dieta, alguns parcialmente (2) devido a náuseas, administração de antieméticos prescrito foi realizada pela equipe de enfermagem, e um relato de não ter gostado da alimentação (2), o que foi sanado oferecendo lanches nas terapias subsequentes.

A punção venosa foi mantida em 100% dos casos, não havendo a necessidade de uma nova punção. Embora não tenha ocorrido esta necessidade, este é um fator de preocupação da clientela evitando reviver o desconforto do procedimento. Vale salientar que são clientes em condições de acesso frágeis, e em um caso (01), com necessidade de punção guiado por ultrassom. Este fator também é de apreensão da equipe multiprofissional, pois na verdade, uma nova punção significa neste momento maior exposição à radiação.

A entrada da enfermagem no quarto terapêutico se faz necessário durante a terapia com o radioisótopo Lutécio<sup>177</sup> para solucionar problemas como os alarmes disparados pelas bombas de infusão (BI) utilizadas nessa terapia. Para cada cliente são utilizadas duas BI, uma para infusão do Lutécio<sup>177</sup> e outra para a infusão do aminoácido. As mesmas estão ligadas a rede elétrica e durante a necessidade do uso do banheiro é necessário que desconecte o cabo da rede elétrica e transporte o suporte de soro com as BI até o banheiro, embora a distância seja pequena, ocorre movimentação do equipo e com isso a não captação de gotas pelo sensor da BI, gerando o disparo do alarme, pelo excesso ou ausência de gotas e até mesmo obstrução distal.

A presença da enfermagem ocorre na colocação das refeições nas mesas de alimentação. Auxiliando ao término para a remoção dos restos alimentares que são eliminados na pia do quarto e triturados para que não gerem resíduos alimentares, contaminados pela radiação. Este processo é realizado respeitando as técnicas de radioproteção de tempo e distância. Nas intercorrências, na administração de medicamentos como antieméticos, e ainda nas necessidades de novo acesso venoso, enfim, a equipe de enfermagem estará presente no ato de cuidar.

Com relação a análise das entrevistas para avaliação da percepção do cliente em relação ao seu isolamento no quarto durante a terapêutica, foram elaborados 5 perguntas, para saber como foi lidar com: o quarto, o aparato tecnológico, a câmera filmadora, o telefone e orientações de radioproteção. (Apêndice F). Os resultados das respostas foram expostos no quadro a seguir.

Quadro 3: Avaliação do ambiente

Clientes		ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	VWX	YZA
Quarto	Tranquilo	x	x		x	x	x	x
	Bom			x				
Aparato Tecnológico	Tranquilo	x	x			x		x
	Normal		x					
	Não foi difícil						x	
	Incomodo				x			
	Complicado			x				
Câmera Filmadora	Tranquilo	x						
	Normal		x			x*		
	Conforto						x	x
	Segurança				x			
	Não incomodou			x				
Telefone	Sim (*)	x	x	x	x	x	x	x
	Não							
Orientações de Radioproteção - OR	Sim	x	x	x	x	x	x	x
	Não							
Profissional Responsável pelas OR	Enfermeiro	x	x	x	x	x		
	Téc enf.	x	x	x		x		
	Médico		x	x	x	x	x	x
	Físico		x	x	x	x	x	x

x\* - Cliente relata não saber, porém desconfiar da filmagem.

(\*) - YZA achou desnecessário.

Elaborado pela autora

Como viés da pesquisa tivemos apenas 7/10 entrevistas pós terapêutica, devido a incompatibilidade de horários das partes, visto que neste momento o enfermeiro encontrava-

se em atendimento a outros clientes do Serviço de Medicina Nuclear enquanto os entrevistados eram atendidos por profissionais da radiologia responsáveis pelas imagens. Apesar deste fato, podemos concluir que estar no quarto-caixa não é um problema para esta clientela. Quanto aos aparatos tecnológicos necessários para a terapia, 57% (4) relataram ser tranquilo; 28% (2) mostraram-se incomodados e acharam complicado, devido à presença do acesso periférico; enquanto 14% (1) não achou difícil. Todos, 100%, não tiveram desconforto com o fato de serem filmados durante todo o período, exceto no banheiro, apesar das orientações fornecidas antes do início do tratamento, 1 cliente referiu não saber sobre a filmagem, embora tenha desconfiado, entretanto considerou normal a necessidade de vigilância constante. Em relação à comunicação com o meio externo através do telefone existente no quarto, foi unânime (100%) considerar este meio suficiente para a comunicação, relataram também que não houve a necessidade de usá-lo, e um cliente considerou desnecessário. Todos os clientes receberam orientações de radioproteção por mais de uma vez ao menos e por profissionais diferentes da equipe multiprofissional. Este fato demonstra a preocupação em que todos servidores do Serviço de Medicina Nuclear apresentam com a responsabilidade de se fazer entender quanto aos cuidados de radioproteção.

Para a interpretação dos dados da pesquisa qualitativa realizada através das entrevistas do momento da internação para tratamento com o Lutécio<sup>177</sup>, utilizou-se a técnica proposta por Laurence Bardin – Análise de Conteúdo. Para Bardin (2010), o termo análise de conteúdo designa:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 47).

De acordo com Bardin (2010), a organização e análise dos dados produzidos pode ser lexical (vocabulário) e sintático para decodificar e fazer convenções sobre o texto produzido que trata do paciente com câncer em uso de Lutécio<sup>177</sup>. Para Bardin (2010, p.78-79)

”esta análise é lexical, entendida como estudo do código de um texto, rica de convenções quando o vocábulo, pode-se enumerar o texto: o número total de palavras presentes ou “ocorrências”, o número total de palavras diferentes ou “vocábulos” lexical que é utilizado no texto.

A relação ocorrências/vocábulos (OV) dá conta da riqueza ou pobreza do vocábulo utilizado pelo autor da mensagem, os clientes, e pode-se classificar as unidades de vocábulos segundo a distinção entre as palavras plenas, isto é, as palavras portadoras de sentido que são:

os substantivos; verbos; adjetivos; advérbios e palavras instrumentos também conhecidas como de ligação, são elas: os artigos; preposições; pronomes; conjunções; etc.

Segundo Bardin (2010), a organização da análise é ancorada em 3 polos cronológicos: Pré- análise; exploração do material ou codificação; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pré - análise consiste na definição do *corpus* da análise. Uma vez definido o documento a ser analisado, no caso as entrevistas, são transcritas e sua reunião passa a ser o *corpus* da pesquisa. É preciso ter em conta todos os elementos do corpus, não deixando de fora nenhum dos elementos, seja por qualquer motivo ou razão que não possa ser justificado.

Faz parte da pré- análise a leitura flutuante que é o momento de estabelecer contato com o texto produzido, deixando-se invadir por impressões e através dessa análise o pesquisador pouco a pouco vai se tornando mais preciso em função de hipóteses emergentes definidas nesta fase e que irão fundamentar a interpretação final.

Após a organização do corpus como orienta a análise de conteúdo levamos em conta a regra de exaustividade, conforme Bardin (2011, p.127), é necessário uma amostra que possibilite ter em conta todos os elementos desse corpo, nada deve ficar de fora, todos são importantes. Inicia-se então, a segunda fase que é longa e fastidiosa, consiste em operações de codificação, decomposição e enumeração em função de regras previamente formuladas. Um esquema final é demonstrado a seguir:

Quadro 4: Esquema final do trabalho orientado por Bardin



Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

Com o propósito de tornar didático e empolgante o trabalho exaustivo desta análise, optou-se por mostrar exemplos misturados das 10 entrevistas realizadas, de forma a demonstrar o caminho percorrido para obtenção das categorias em exercício com os domínios.

A seguir iniciamos então, a análise do instrumento entrevista do Projeto de Pesquisa. O texto bruto, é composto pela participação de 10 clientes que responderam um questionário com 12 perguntas, (Apêndice E). Os entrevistados foram questionados a respeito do conhecimento que tinham sobre a doença e tratamento; das mudanças na vida pessoal, social, familiar, profissional, ou alterações emocionais, espirituais e de qualidade de vida. A organização foi feita inicialmente individual, com um segundo momento o somatório de todos (12) resultados e assim encontrar qual é a posição dos clientes sobre o que lhe foi perguntado.

Do texto bruto destacamos as unidades de registro (UR), que Bardin (2010, p. 130) apresenta como: a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e pode ser uma palavra ou uma frase.

Nesta pesquisa optou-se por frases como representante da unidade base. Exemplificamos a seguir utilizando o símbolo “/”, na resposta da primeira pergunta, do cliente ABC, “Eu tenho noção de tudo,”/ “mas procuro não pesquisar muito,”/ “porque fico ansiosa.”, surgindo desta forma do texto bruto, as 3 primeiras de 91 unidades de registro relacionadas as respostas de ABC.

Para visualização do resultado de todas as unidades de registro analisadas nas 10 entrevistas realizamos o quadro a seguir:

Quadro 5: Total de UR.

Cliente	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
<b>UR</b>	91	149	99	36	66	45	134	210	133	52	1015

Elaborado pela autora

Destacamos das UR as palavras, ou seja, verbos, substantivos, adjetivos e advérbios, portadores de sentido que nos direcionam para uma análise o mais rigorosa possível no plano de um trabalho qualitativo e podem significar situações objetivas e subjetivas. Desta forma salientamos os verbos, substantivos, adjetivos e advérbios mais indicados pelos autores das mensagens, os entrevistados.

Os verbos mais utilizados por cada entrevistado e o sentido por eles utilizados, pode ser enumerado como o exemplo a seguir, utilizados pela cliente JKL:

Tabela 1: Verbos citados por JKL

VERBOS	CITAÇÕES
DIMINUIR	5
ESTAR	5
TER	4

Elaborado pela autora

Apresentamos trechos das UR, retirado do texto bruto onde a cliente cita os verbos ter, estar e diminuir: “mas fazendo este tratamento talvez **diminua**.”; “**estamos** sem renda”; “às vezes **tem** uma certa ansiedade”

Ao analisarmos nas frases o sentido dos verbos acima, acreditamos que o cliente utiliza o verbo diminuir com a intenção de: *diminuir*, a doença e os sintomas, O verbo estar e ter se referem com maior frequências as condições sociais e dependência financeira atual. O verbo ter se refere ainda a sua aproximação com Deus e ansiedade prévia as sessões de Lutécio.

Após esta análise, foram selecionados os verbos de maior citação de todos os entrevistados, reunidos em uma tabela de excel<sup>R</sup> na ordem decrescente de citações. Dessa forma surgiram os verbos mais utilizados por todos os entrevistados, mostrado na tabela a seguir:

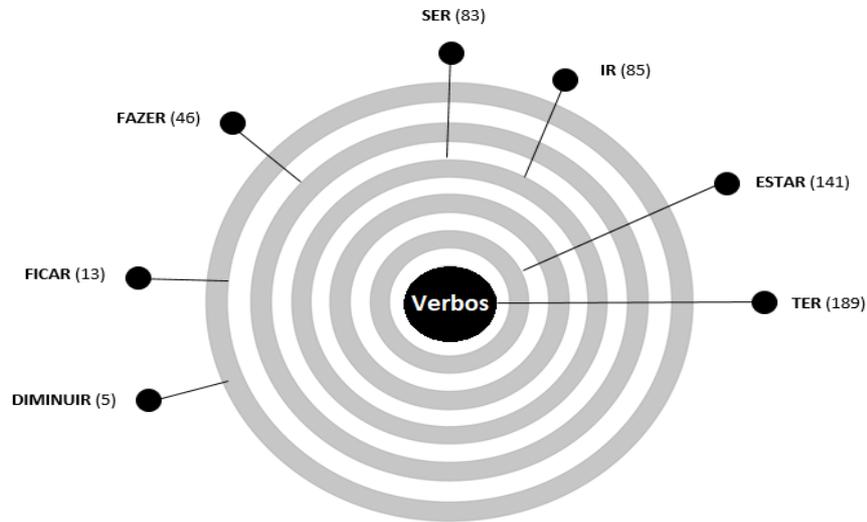
Tabela 2: Total de verbos citados

VERBOS	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
TER	14	15	20	4	15	9	22	46	28	16	189
ESTAR	13	14	12	5	6	7	27	36	13	8	141
IR		13			7	4		38	12	11	85
SER	10	18				4		31	20		83
FAZER		17					18			11	46
FICAR			9		4						13
DIMINUIR				5							5

Elaborado pela autora

Observamos os verbos ter, estar, como os mais utilizados após o somatório de todo o corpus e se aplicarmos os dados matemáticos, seguindo a ideia de Bardin na construção do que chama de *constelação de atributos*. Para esta construção foi utilizado o aplicativo Paint<sup>R</sup> na elaboração do “alvo-constelação” e o programa Word 2013<sup>R</sup>, para aplicação dos dados, demonstrado na figura abaixo:

Figura 3: Constelação de atributos verbais, conforme Bardin.



Elaborado pela autora

Ao olharmos a constelação e procurarmos um sentido nas palavras podemos verificar a aproximação do centro, bem como distanciamentos. Importante ressaltar que o verbo diminuir, se afasta da constelação, e foi citado por apenas um entrevistado, entretanto Bardin (2010) defende a necessidade de se incluir qualquer citação realizada pelos participantes, com o intuito de esgotar a totalidade da comunicação – Princípio da exaustividade.

O total de verbos utilizados por todos os participantes é mostrado a seguir no quadro 6:

Quadro 6: Total de verbos.

Cliente	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
<b>VERBOS</b>	117	186	142	37	96	59	236	441	225	122	1661

Elaborado pela autora

Da mesma forma destacamos os substantivos mais utilizados por cada entrevistado e o sentido por eles utilizados, como no exemplo da cliente GHI ressaltado na tabela abaixo.

Tabela 3: Substantivos citados por GHI

SUBSTANTIVO	CITAÇÕES
COISA	4
DOR	4
TUDO	4

VIDA	4
ALIMENTAÇÃO	3
DIARRÉIA	3
FAMÍLIA	3
FÉ	3
FILHA	3
LUTÉCIO	3
SENHOR	3

Elaborado pela autora

Analisando o sentido dos substantivos, mais utilizados por GHI, eles abordam sua fé, a presença da família e amigos. Seu pensamento e atitude positiva no enfrentamento da doença e tratamento e na busca do conhecimento. Como enfatizado por essas UR: “o **Senhor** existe”; “o **senhor** existe dentro de mim”; “Minha **filha** sempre que podia estava me acompanhando”; “um apego a **vida**, de viver”; “tenho uma **vida** mais saudável em termos de alimentação”.

Os substantivos mais comuns entre as falas dos entrevistados, é apresentado na tabela 5, abaixo:

Tabela 4: Total de substantivos.

SUBSTANTIVO	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
COISA		4	4				9	9			26
DEUS							14		11		25
DIAS	5				4			6	9		24
FILHOS	3						10	8			18
GENTE					3		7			6	16
VIDA			4			6					10
AMOR									9		9
CÂNCER		4					5				9
ET								9			9
PESSOA							9				9
FAMÍLIA		8									8
CASA	4				3						7
QV		7									7
TUMOR				2	5						7

Nota: ET significa o apelido utilizado pela família para falar de VWX. Em seu discurso ela se coloca na voz passiva.

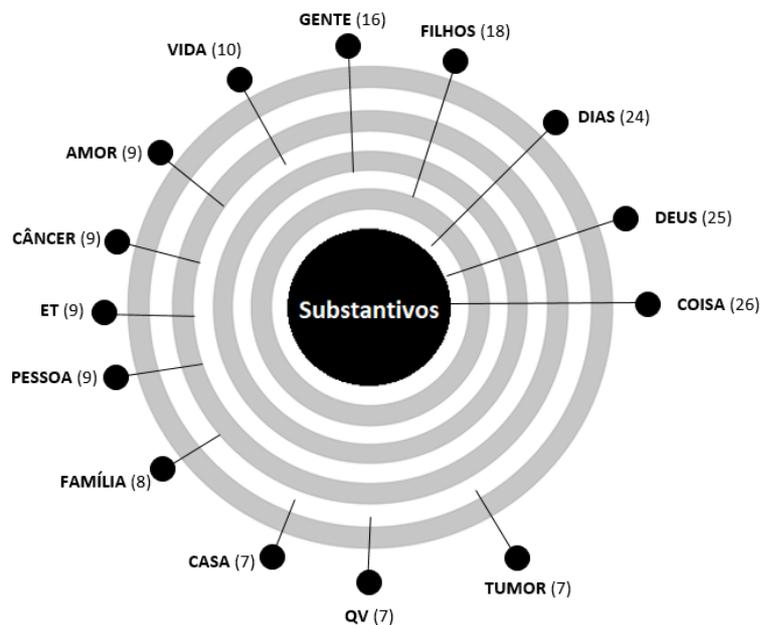
Elaborado pela autora

Observamos os substantivos *coisa*, *Deus*, *dias*, como os mais utilizados. O substantivo *coisa* desperta nossa atenção por ter sido o mais usado, sendo ele um substantivo feminino com significado diverso. Segundo o dicionário online português, “é tudo que existe ou que pode ter existência”. Também é considerado no popular como “tudo o que não se quer designar pelo nome”. Seguindo com a análise da real intenção das citações, encontramos nas UR os outros nomes de sentido para este substantivo. Atividade foi substituída oito vezes por *coisa* (“Fazia as **coisas** pra vender na rua” – STU), (“eu fazia as **coisas**” – VWX); alimento

três vezes (“não consigo comer as coisas” - STU); bens materiais, razão, sintomas e dependência duas vezes; assunto, tratamento, sensibilidade, atitude, doença, qualidade de vida e pensamento (“começo a pensar em outras **coisas**, a rezar” (quando pensa negativamente) - GHI), substituídos uma vez.

A construção da *constelação de atributos* com os dados matemáticos dos substantivos de todo o corpus é visualizada na figura abaixo:

Figura 4: Constelação de atributos dos substantivos, conforme Bardin



Elaborado pela autora

O total dos substantivos utilizados pelos 10 entrevistados, mostramos a seguir no quadro 7:

Quadro 7: Total de substantivos.

Cliente	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
<b>SUBSTANTIVOS</b>	92	151	101	29	72	44	181	243	199	105	1217

Elaborado pela autora

Assim fizemos também com os adjetivos, exemplificado com o discurso de VWX

Tabela 5: Adjetivos mais citados por VWX.

ADJETIVOS	CITAÇÕES
TRANQUILAS	4

Elaborado pela autora

Analisando o sentido do adjetivo mais utilizado, VWX, enfatiza a preocupação com as irmãs e sua aceitação em esperar a morte: “porque o outro (morte) eu entendo, **tranquilo!!**”

Da mesma forma tabulamos os adjetivos mais citados:

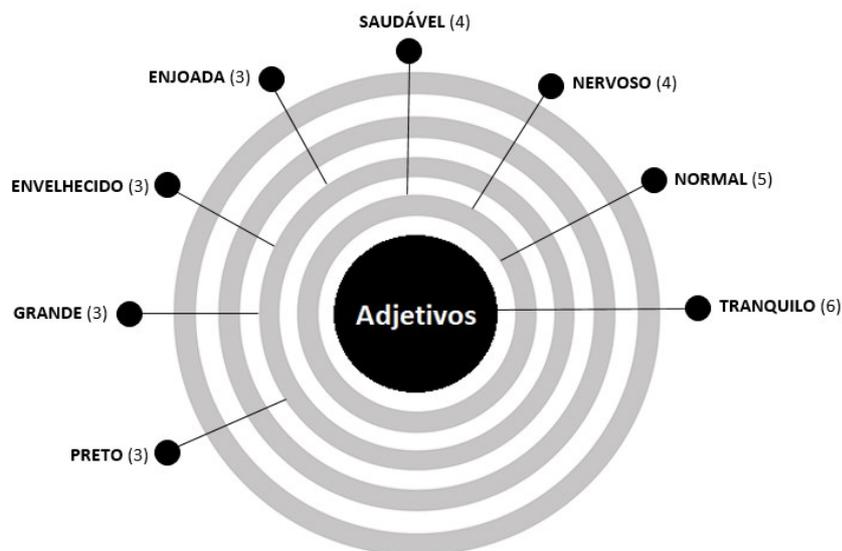
Tabela 6: Total de adjetivos

ADJETIVO	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
TRANQUILO		2						4			6
NORMAL						5					5
NERVOSO						2	2				4
SAUDÁVEL			4								4
ENJOADA							3				3
ENVELHECIDO		3									3
GRANDE									3		3
PRETO									3		3

Elaborado pela autora

Observamos os adjetivos *tranquilo*, *normal*, como os mais utilizados após o somatório de todo o corpus, e quando projetados na *constelação de atributos*, teremos a figura 4 abaixo:

Figura 5: Constelação de atributos dos adjetivos, conforme Bardin.



Elaborado pela autora

Os total de adjetivos verbalizados pelos clientes estão disposto abaixo:

Quadro 8: Total de adjetivos

Cliente	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
<b>ADJETIVOS</b>	12	18	15	3	15	16	34	69	46	17	245

Elaborado pela autora

Para completar a análise, destacamos os advérbios de maior uso por todos os entrevistados, “não”, exemplificado pelo discurso de BCD, mostrado abaixo da tabela 8 os trechos removidos do texto bruto de sua entrevista.

Tabela 7: Advérbios mais citados por BCD.

ADVÉRBIOS	CITAÇÕES
NÃO	18

Elaborado pela autora

Apreciando o sentido das frases de BCD, separamos alguns exemplos onde os advérbios mostram: o sofrimento da descoberta do câncer; “Aí a gente decora mais fácil, os momentos que **não** são muitos bons grava logo.” Fala sobre seus sintomas e doença, tentando amenizá-los com o não: “**Não** tive muita diarreia”; “**Não** é que **não** estivesse respondendo, **não** estava respondendo satisfatoriamente.” Utiliza o não para mostrar a importância que a aposentadoria tem pra a sua vida além do profissional: “eu me aposentei por invalidez, **não** por causa do câncer”. Comenta que embora esteja doente sua vida não teve alterações emocionais, pois já era depressiva: “Eu tenho depressão, então... **não** piorou **não**”. Relata melhora na vida espiritual pela dor: “Tive, me apeguei mais, se **não** for pelo amor, vai pela dor”. E foi bem enfática a não se considerar com QV: “**Não.**” (sem qualidade de vida).

Foi unânime o uso deste advérbio pelos participantes como demonstramos na tabela:

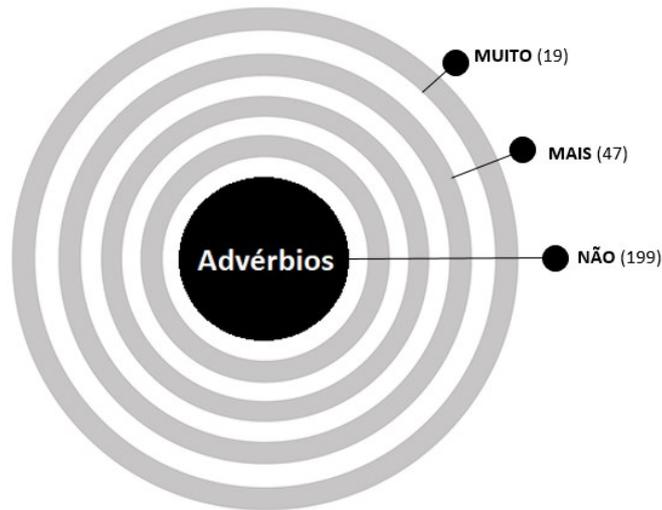
Tabela 8: Total de advérbios

ADVÉRBIOS	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
NÃO	23	20	11	4	17	8	24	53	21	18	199
MAIS			9	2			11	25			47
MUITO										19	19

Elaborado pela autora

Observamos o advérbio “não” como o mais utilizado após o somatório de todo o CORPUS e aplicando a *constelação de atributos*, teremos a figura abaixo:

Figura 6: Constelação de atributos adverbiais, conforme Bardin



Elaborado pela autora

Totalizando todos os advérbios utilizados pelos 10 participantes, teremos:

Quadro 9: Total de advérbios.

Cliente	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
<b>ADVÉRBIOS</b>	75	99	82	20	41	36	127	243	135	63	921

Elaborado pela autora

Se analisarmos a quantidade de não's entre todos os advérbios citados, teremos que 21,6% são de negatividade, bem evidenciada pela constelação de atributos adverbiais na figura 5, confirmamos na distância do advérbio mais (2º de maior citação), do posicionamento central do “não”.

Em uma análise geral a quantificação dos dados pode ser visualizada na tabela abaixo: palavras plenas, 4044 palavras portadoras de sentido.

Quadro 10: Total de palavras plenas.

Cliente	ABC	DEF	GHI	JKL	MNO	PQR	STU	VWX	YZA	BCD	Total
Verbos	117	186	142	37	96	59	236	441	225	122	1661
Substantivos	92	151	101	29	72	44	181	243	199	105	1217
Adjetivos	12	18	15	3	15	16	34	69	46	17	245
Advérbios	75	99	82	20	41	36	127	243	135	63	921
<b>PALAVRS PLENAS</b>	296	454	340	89	224	155	578	996	605	307	4044

Elaborado pela autora

Trabalhamos cada entrevista individualmente, demarcando as palavras plenas, ou seja, as que expressavam significado para o entrevistado. Analisamos estas junto ao texto bruto, a entrevista em si, com o intuito de chegarmos ao diagnóstico de enfermagem. Foi escolhido como exemplo a de VWX por ter sido a entrevista de maior empatia da autora, não só pela identidade profissional, também pela experiência de ter tido um ente com câncer em fase terminal, que apresentou fé e resiliência total no enfrentamento da morte. Se trata de uma cliente que ao receber a notícia do diagnóstico, dado pelo profissional médico no consultório, interpretou erradamente o que ouviu, apesar de ter atuado na área da saúde. O laudo localizava o tumor na porção íleo terminal, o que foi entendido como fase terminal da doença. Desta forma há um ano ela aguarda a morte, se privando da vida e preparando seu funeral.

Descrito em forma de evolução a inferência da autora: Trata-se de uma mulher brasileira com 57 anos, escolaridade 2º grau completo, trabalhava como técnica de enfermagem, atualmente aposentada por tempo de serviço há dois anos e meio. Possui um bom nível de entendimento. Solteira sem filhos. Relata possuir uma família unida com 9 irmãos e reside com 2 irmãs solteiras. Residência possui saneamento básico, quartos separados porém um único banheiro. Sem animal doméstico. Católica. Diagnóstico médico **TNE bem diferenciado de baixo grau em íleo terminal**, com implantes hepáticos, Tempo de tratamento da doença perdura por 5 anos, entretanto no SMN há 4 meses com o início do tratamento de Lutécio, estando na data da entrevista em sua 2ª sessão. Relata hipertensão arterial- HAS controlada com anti-hipertensivos (Losartana, Besilato de anlodipino e Atenolol). Quadro constante de diarreia em uso de Cloridrato de loperamida, e náuseas, utilizando Ondansetrona 12/12 horas. Menopausa. Como Diagnóstico de enfermagem, cliente apresentava-se *triste* todo o tempo, introspectiva. Durante entrevista mostrou-se como *expectadora da vida*, aguardando a morte há um ano, momento em que recebeu o laudo do médico. Sua experiência profissional lhe traz *orgulho, inclusive pela aposentadoria por tempo de serviço* e não pela doença. Apesar de seu conhecimento e entendimento para associar o terminal a porção distal do intestino, absorveu a palavra *terminal como o fim*. Mostrou-se conformada com o estado final de vida, porém *preocupada com a família* no que diz respeito a sua dependência atual, estando na posição inversa do cuidado, necessita de apoio por *não ser mais ativa*. Sua *constante inquietação com os familiares* é, iniciado pela ciência de sua partida desta vida, *postergando assim, tocar no assunto e/ou demonstrar sinais clínicos* que os levem a esta conclusão. Por outro lado, essa conduta desperta na cliente o sentimento de *traição* para com a família, pois oferecem à ela total apoio. Seguindo a linha de

vida como *expectadora* e focada em suas preocupações, *organizou-se financeiramente para sua morte* na tentativa de evitar problemas futuros com seu enterro. Se sustenta na fé e religião, *barganhando com piedade* à Deus seu tempo de vida. Considera seu *estado emocional* seu único problema. Possui *desinteresse* no conhecimento do atual tratamento com o Lutécio, já que aceitou o fim de vida, entretanto apresentou por um breve momento em seu discurso a *esperança e desejo* por um futuro que não seja a morte.

Consideramos neste momento prontos para iniciarmos a análise e discussão das categorias, exercitando os domínios.

Após o trabalho exaustivo realizado na análise de conteúdo das entrevistas, e diversas manobras de organização, as palavras plenas, produtoras de significados que nos apontaram uma ordem muito pontual sobre clientes com câncer, em uso de Lutécio, um radiofármaco e por isso radioativo, que foram submetidos a taxonomia de NANDA para encontrar conexões com os achados que nos encaminhem discutir o: corpo com câncer, o corpo mental, corpo existencial, corpo funcional e ambiente; dentro e fora do hospital.

Essa procura de conexão, também foi checada com o diagnóstico que fizemos de cada entrevista, as quais mostramos a seguir. O diagnóstico geral é de que são pessoas na idade adulta, produtiva, que fazem uso do mesmo medicamento, Lutécio, como a última opção de cura, ou estagnação da doença; todos possuem metástases e sabem de suas possibilidades, por isso podemos considerar um ser humano frágil com necessidades diversas e complexas de cuidados. Suas queixas são mostradas no quadro 9.

Quadro 11: Domínios fisiológico, mental, emocional e familiar.

<b>ABC</b>			
<b>DOMÍNIO FISIOLÓGICO</b>	<b>DOMÍNIO MENTAL</b>	<b>DOMÍNIO EMOCIONAL</b>	<b>DOMÍNIO FAMILIAR</b>
Marcha claudicante, em uso de bengala; Dor na virilha; edema nas pernas; nefrostomia;	Conhece a doença mas tem desinteresse de saber mais; Deseja ter QV e sente saudade do que tinha nos EUA; entende o	Espiritual, emocional, medo, desespero, desilusão, desesperança, saudade, ansiedade,	Filhas e netos moram no EUA e não pode ir para lá;  Quartos e banheiros separados

dificuldade para dormir.	tratamento	mudanças pessoal importante	
<b>DEF</b>			
Queixas físicas de envelhecimento e ressecamento da pele; edema;	Entende a doença, mas não busca conhecimento; desinteresse pelo Lutécio, encara como novidade; “não caiu a ficha”; gana de viver; mudanças; limitações de QV.	Desistência de busca profissional, devido idade avançada para o mercado; envelhecimento precoce; tristeza; culpa por estar doente; desinteresse e preocupação.	Preocupação com a filha por depender da família; não consegue trabalho, desistiu; quarto e banheiro separado, porém reside com neta de 3 anos e animal doméstico no quintal.
<b>GHI</b>			
<b>DOMÍNIO FÍSIOLOGICO</b>	<b>DOMÍNIO MENTAL</b>	<b>DOMÍNIO EMOCIONAL</b>	<b>DOMÍNIO FAMILIAR</b>
Sinais vitais estáveis, deambulando; náuseas; Dores abdominais; diarreia; dor nas costas; um pouco de tudo.	Comunicação de forma positiva; buscou conhecimento sobre a doença, tratamento, Lutécio e suas restrições; melhora da QV através de uma vida mais saudável após a doença.	Católica praticante; tranquila; esperançosa; fé; mostra a importância do Senhor, família e amigos em sua vida.	Quarto e banheiro separado; animal doméstico, passarinho – aos cuidados do marido.
<b>JKL</b>			
Lutécio atenuou	Sem cobertura no	Ansiedade prévia	Preocupação financeira;

alguns sintomas; cansado; hipertenso controlado com medicação.	INSS; participativo e bastante direto nas respostas; mudança total na vida profissional; sem QV; Desinteresse no conhecimento da doença e tratamento.	as sessões de Lutécio; aproximação com Deus após a doença.	sem condições de realizar atividades; Banheiro único
<b>MNO</b>			
<b>DOMÍNIO FÍSIOLOGICO</b>	<b>DOMÍNIO MENTAL</b>	<b>DOMÍNIO EMOCIONAL</b>	<b>DOMÍNIO FAMILIAR</b>
Edema corporal mal distribuído; marcha claudicante em uso de bengala; dificuldade de acesso venoso; cateter venoso totalmente implantado sem manutenção; plaquetopenia.	Tratamento com sessões espaçadas; estava só durante o tratamento; submissão e conformismo para a doença e tratamento, com dúvidas; sem QV, pois a doença não tem cura.	Aumento da fé em Deus; sentimento de culpa por ter raiva de todos, de tudo e vontade de quebrar tudo; triste; rejeição materna; exclusão social; choro; gratidão e surpresa pelo apoio da filha.	Quarto e banheiro único; apoio da filha; rejeição materna.
<b>PQR</b>			
3º sessão de Lutécio <sup>177</sup> ; Melhora dos sintomas da Síndrome carcinoide após 2º sessão de Lutécio <sup>177</sup> ;	Necessita voltar para casa (BA) entre sessões; orientada quanto a doença e tratamento; está se alimentando melhor, pode comer o que gosta; busca QV que	Católica; dificuldade de ficar fora de casa (BA); relata nervosismo, devido a doença, quadro de depressão.	No Rio fica hospedada em casa de apoio, com marido, quarto e banheiro único. Entre sessões retorna para casa.

Faz uso de clonazepan	recuperou com a melhora dos sintomas.		
<b>STU</b>			
<b>DOMÍNIO FÍSIOLOGICO</b>	<b>DOMÍNIO MENTAL</b>	<b>DOMÍNIO EMOCIONAL</b>	<b>DOMÍNIO FAMILIAR</b>
Alterações físicas, era ativa; diarreia; dor.	Filhos com problema de enfrentamento da sua doença; conhecimento da doença, tratamento e cuidados de radioproteção; QV é servir à Deus.	Fé em Deus; disposta a servir à Deus e doar sua vida; irritada com todo mundo por não ser mais ativa.	Preocupações econômicas, sem renda; preocupação com os filhos; a maior frequência de sua fala é a família; quarto e banheiro únicos.
<b>VWX</b>			
Diarreia; náuseas; HAS controlada com medicamentos.	Triste; barganha com Deus seu tempo de vida, organizou-se para morrer; desinteresse em conhecer o Lutécio; sem QV, não tem saúde.	A fé é seu sustento. Culpa por barganhar com Deus; conformada com o fim da vida, mas com esperança e desejo de prolongar seus dias; expectadora da vida há um ano aguarda a morte; traição com a família por não ser sincera quanto ao prognóstico; alteração	Não é mais ativa; preocupação com a família que dependia dela, atualmente ela é a dependente; traição com família por esconder real situação; banheiro único.

		emocional é seu único problema; orgulho pela profissão e aposentadoria.	
<b>YZA</b>			
<b>DOMÍNIO FÍSIOLOGICO</b>	<b>DOMÍNIO MENTAL</b>	<b>DOMÍNIO EMOCIONAL</b>	<b>DOMÍNIO FAMILIAR</b>
Sinais vitais estáveis; diarreia em casa; diarreia emocional, perdeu o pai no dia anterior. Plaquetopenia.	Tratamento com sessões espaçadas; aceita doença e tratamento; desinteresse por mais informações; QV definida como amor, o que aumentou com a doença.	Estresse; emocionada ao falar da oportunidade do tratamento; tranquila ao falar; crença forte em Deus/cristã.	Gratidão pelo apoio da família e amor recebido dos familiares, amigos e colegas de trabalho; banheiro único.
<b>BCD</b>			
Sinais vitais estáveis; cansaço e dor.	Reside na BA; bem informada sobre doença e tratamento; Não é mais ativa, com decréscimo das atividades; sem QV, não é mais ativa	Tranquila, mas com marcas causadas pelo longo tratamento; depressão; planejava novos horizontes interrompido pela depressão; fé e apoio espiritual.	Hospedada na casa da irmã no Rio, banheiro único; Preocupada com irmã que também realizará o tratamento com Lutécio <sup>177</sup> .

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

Após a organização dos conteúdos, quando identificamos numericamente as palavras plenas – portadoras de sentido e em seguida buscamos nos diagnósticos de cada um deles, encontramos um padrão de ter, estar com câncer.

Considerando a Taxonomia da NANDA<sup>4</sup> e o fato de que os enfermeiros pautam as suas ações nas respostas às condições de saúde/processo de vida dos indivíduos e família, e que diagnóstico de enfermagem é definido como um julgamento clínico sobre essa resposta; concordamos em dizer que os enfermeiros diagnosticam problemas de saúde, estados de risco e disposição para a promoção da saúde. Ciente de que esta taxonomia apresenta 234 diagnósticos de enfermagem, agrupados a partir de sua prática em 13 domínios, são eles: Domínio 1- Promoção da Saúde; 2- Nutrição; 3- Eliminação e Troca; 4- Atividade e Repouso; 5- Percepção e Cognição; 6- Autopercepção; 7- Papéis e Relacionamentos; 8- Sexualidade; 9- Enfrentamento e Tolerância ao Estresse; 10- Princípios de Vida; 11- Segurança e Proteção; 12- Conforto e 13- Crescimento e Desenvolvimento.

Ponderamos os indicadores necessários para a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, como os sinais e sintomas identificados (Características definidoras – CD) e a etiologia ou causa do problema (fatores relacionados – FR). Analisamos todos os diagnósticos de NANDA buscando conexão a partir dos indicadores retirados dos domínios fisiológicos, mentais, emocionais e familiar, oriundos dos resultados da análise de conteúdo, disposto no quadro anterior. Dessa forma chegamos aos 24 diagnósticos listados nesta pesquisa e considerados neste momento os mais críticos e de maior frequência. Após a qualificação desta pesquisa organizamos os diagnósticos de forma a compararmos o que a Classificação Internacional destaca como CD e FR com o que foi encontrado nos clientes submetidos ao tratamento com o Lutécio<sup>177</sup>. O resultado é mostrado na forma de tabela, para melhor análise e didática destacamos em vermelho os enunciados diagnósticos voltados para o problema (19) todos com suas CD e FR; os diagnósticos de risco, foram ressaltados na cor azul (4) e seguidos dos seus fatores ameaçadores do problema -FR. O único (1) diagnóstico de promoção à saúde foi destacado na cor verde e acompanhado da CD.

As tabelas serão mostradas por ordem de domínios: Encontramos **1 diagnóstico** nos domínios: 1, 3, 4 e 6; **03 diagnósticos** no domínio 7; **07 diagnósticos** no domínio 9; **02 diagnósticos** no domínio 10 e **04 diagnósticos** nos domínios 11 e 12.

---

<sup>4</sup> Taxonomia - é a prática e a ciência de categorização e classificação.

Os domínios de maior circulação foram os subjetivos: 9- Enfrentamento/Tolerância ao Estresse, 11- Segurança/Proteção e 12- Conforto. E os não encontrados foram os domínios: 2- Nutrição, 5- Percepção/Cognição, 8- Sexualidade e 13- Crescimento e Desenvolvimento.

Quadro 12: Taxonomia NANDA versus Lutécio<sup>177</sup>

Domínio 1 – 01 diagnóstico.

<b>DOMÍNIO 1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	
<b>PROTEÇÃO INEFICAZ</b>	
DEFINIÇÃO: Diminuição na capacidade de proteger-se de ameaças internas ou externas, como doenças ou lesões.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteração da coagulação</li> <li>-Alteração na transpiração</li> <li>-Anorexia</li> <li>-Calafrios</li> <li>-Deficiência na imunidade</li> <li>-Desorientação</li> <li>-Dispneia</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Fraqueza</li> <li>-Imobilidade</li> <li>-Inquietação</li> <li>-Insônia</li> <li>-Prejuízo neurosensorial</li> <li>-Prurido</li> <li>-Resposta mal-adaptada ao estresse</li> <li>-Tosse</li> <li>-Úlcera por pressão</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Abuso de substância</li> <li>-A gente farmacológico</li> <li>-Câncer</li> <li>-Distúrbios imunológicos (p. ex., neuropatia associada a HIV, vírus da varicela- zóster)</li> <li>-Extremos de idade</li> <li>-Nutrição inadequada</li> <li>-Perfil sanguíneo anormal</li> <li>-Regime de tratamento</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteração da coagulação</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Fraqueza</li> <li>-Insônia</li> <li>-Resposta mal adaptada ao estresse.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>17 encontramos 5 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Câncer</li> <li>-Regime de tratamento</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>8 encontramos 2 FR</b></p>
<b>17 CD</b>	
	<b>8 FR</b>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

## Domínio 3 – 01 diagnóstico

<b>DOMÍNIO 3 – ELIMINAÇÃO E TROCA</b>	
<b>DIARREIA</b>	
DEFINIÇÃO: Eliminação de fezes soltas e não formadas	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cólicas <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">5 CD</span></li> <li>-Dor abdominal</li> <li>-Mais que três evacuações de fezes líquidas em 24 horas</li> <li>-Ruídos intestinais hiperativos</li> <li>-Urgência intestinal</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <p><b>Fisiológicos</b> <span style="float: right; border: 1px solid black; padding: 2px;">14 FR</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Infecção</li> <li>-Inflamação gastrointestinal</li> <li>-Irritação gastrointestinal</li> <li>-Má absorção</li> <li>-Parasitas</li> </ul> <p><b>Psicológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Altos níveis de estresse</li> <li>-Ansiedade</li> </ul> <p><b>Situacionais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Abuso de laxantes</li> <li>-Abuso de substância</li> <li>-Alimentação enteral</li> <li>-Exposição a contaminantes</li> <li>-Exposição a toxinas</li> <li>-Regime de tratamento</li> <li>-Viagem</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Cólicas</li> <li>-Dor abdominal</li> <li>-Mais que três evacuações de fezes líquidas em 24 horas</li> </ul> <p style="text-align: center; border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;"><b>5 encontramos 3 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Regime de tratamento</li> <li>-Ansiedade</li> <li>-Alto nível de estresse</li> </ul> <p style="text-align: center; border: 2px solid purple; border-radius: 50%; padding: 5px;"><b>14 encontramos 3 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

## Domínio 4 – 01 diagnóstico

<b>DOMÍNIO 4 – ATIVIDADE/REPOUSO</b>	
<b>PRIVAÇÃO DO SONO</b>	
DEFINIÇÃO: Períodos prolongados de tempo sem sono.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Agitação</b></li> <li>-Alteração na concentração</li> <li>-Alucinações</li> <li>-<b>Ansiedade</b></li> <li>-Apatia</li> <li>-Capacidade funcional diminuída</li> <li>-Combatividade</li> <li>-Confusão</li> <li>-<b>Fadiga</b></li> <li>-Inquietação</li> <li>-Irritabilidade</li> <li>-Letargia</li> <li>-Mal-estar</li> <li>-Nistagmo passageiro</li> <li>-Paranoia transitória</li> <li>-Redução no tempo de reação</li> <li>-Sensibilidade aumentada à dor</li> <li>-<b>Sonolência</b></li> <li>-Transtornos perceptivos</li> <li>-Tremores nas mãos</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>20 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ambiente excessivamente estimulante</li> <li>-Apneia do sono</li> <li>-Assincronia circadiana prolongada</li> <li>-Atividade física diária inferior à recomendada para a idade e o sexo</li> <li>-Barreira ambiental</li> <li>-Demência</li> <li>-Desconforto prolongado (p. ex., físico, psicológico)</li> <li>-Enurese relacionada ao sono</li> <li>-Ereções dolorosas relacionadas ao sono</li> <li>-Higiene do sono inadequada por tempo prolongado</li> <li>-Hipersonolência idiopática do sistema nervoso central</li> <li>-Movimentos periódicos dos membros (p. ex., síndrome das pernas inquietas, mioclonia noturna)</li> <li>-Mudanças de estágios de sono relacionadas ao envelhecimento</li> <li>-Narcolepsia</li> <li>-<b>Padrão de sono não restaurador</b> (i.e., por responsabilidades de cuidador, práticas de paternidade/maternidade, parceiro de sono)</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>21 FR</b></p>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Agitação</li> <li>-Ansiedade</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Sonolência</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>20 encontramos 4 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Regime de tratamento</li> <li>-Terror noturno</li> <li>-Padrão de sono não restaurador</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>21 encontramos 3 FR</b></p>

Paralisia do sono familiar -Pesadelos -Regime de tratamento -Síndrome do pôr do sol -Sonambulismo -Terror noturno	
--	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

Domínio 6 – 01 diagnóstico

<b>DOMÍNIO 6 - AUTO PERCEÇÃO</b>	
<b>DESESPERANÇA</b>	
DEFINIÇÃO: Estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias a seu favor.	
<b>NANDA</b> <b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b> -A feto diminuído -A Iterações no padrão de sono <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">12 CD</span> -Apetite diminuído -Contato visual insatisfatório -Dá as costas a quem está falando -Encolhe os ombros em resposta a quem está falando -Envolvimento inadequado no cuidado -Indicadores verbais de desânimo (p. ex., “não consigo”, suspiros) -Iniciativa diminuída -Passividade -Resposta diminuída a estímulos -Verbalização diminuída <b>FATORES RELACIONADOS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7 FR</span> -Deterioração da condição fisiológica -Estresse crônico -História de abandono -Isolamento social -Perda da crença num poder espiritual -Perda da fé em valores transcendentais -Restrição prolongada de atividade	<b>CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO<sup>177</sup></b> <b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b> -A feto diminuído -Alteração do padrão de sono -Passividade <div style="text-align: center; border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">12 encontramos 3 CD</div> <b>FATORES RELACIONADOS</b> -Estresse crônico -Isolamento social -Restrição prolongada de atividade <div style="text-align: center; border: 2px solid purple; border-radius: 50%; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">7 encontramos 3 FR</div>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

## Domínio 7 - 03 diagnósticos

<b>DOMÍNIO 7 – PAPÉIS E RELACIONAMENTOS</b>	
<b>DESEMPENHO DE PAPEL INEFICAZ</b>	
DEFINIÇÃO: Padrão de comportamento e auto expressão que não combina com o contexto, as normas e as expectativas do ambiente.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b> <b>-A adaptação inadequada à mudança</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">31 CD</span> -Ambivalência de papel -Ansiedade -Apoio externo insuficiente para o desempenho do papel -Assédio -Autocontrole insuficiente -Confiança insuficiente <b>-Conflito de papéis</b> -Conflito de sistema -Confusão de papéis -Conhecimento insuficiente das exigências do papel -Depressão -Desempenho de papel ineficaz -Discriminação -Estratégias inadequadas de enfrentamento -Expectativas de desenvolvimento inapropriadas -Habilidades insuficientes <b>-Impotência</b> -Incerteza -Insatisfação com o papel -Motivação insuficiente -Mudança na autopercepção do papel <b>-Mudança na capacidade de reassumir o papel</b> -Mudança na percepção de outros sobre o papel -Mudança nos padrões habituais de responsabilidade -Negação do papel -Oportunidades insuficientes para desempenho do papel -Percepções de papel alteradas -Pessimismo -Tensão do papel	<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b> -Conflito de papéis -Impotência -Mudança na capacidade de reassumir o papel -Adaptação inadequada à mudança <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;">31 encontramos 4 CD</div>  <b>FATORES RELACIONADOS</b> -Baixa autoestima -Depressão -Doença física -Dor -Recursos insuficientes.  <div style="border: 2px solid purple; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block; margin: 10px 0;">25 encontramos 5 FR</div>

<p>-Violência doméstica</p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <p><b>De conhecimento</b></p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 5px; margin-left: 10px;">25 FR</div> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Baixo nível educacional</li> <li>-Expectativas não realistas a respeito do papel</li> <li>-Inadequação de modelo do papel</li> <li>-Preparo insuficiente para o papel (p. ex., transição de papel, treinamento das habilidades, validação)</li> </ul> <p><b>Fisiológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Abuso de substância</li> <li>-Alteração da imagem corporal</li> <li>-Baixa autoestima</li> <li>-Defeito neurológico</li> <li>-Depressão</li> <li>-Doença física</li> <li>-Dor</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Questão de saúde mental (p. ex., depressão, psicose, transtorno da personalidade, abuso de substância)</li> </ul> <p><b>Sociais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Altas exigências do horário de trabalho</li> <li>-Conflito</li> <li>-Economicamente desfavorecido</li> <li>-Estressores</li> <li>-Idade jovem</li> <li>-Nível de desenvolvimento inapropriado para a expectativa do papel</li> <li>-Recompensas insuficientes</li> <li>-Recursos insuficientes (p. ex., financeiros, sociais, de conhecimentos)</li> <li>-Sistema de apoio insuficiente</li> <li>-Socialização insuficiente do papel</li> <li>-Vínculo inadequado com o sistema de saúde</li> <li>-Violência doméstica</li> </ul>	
--	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 7 – PAPEIS E RELACIONAMENTOS</b>	
<b>INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA</b>	
DEFINIÇÃO: Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desconforto em situações sociais</li> <li>-Função social prejudicada</li> <li>-Insatisfação com o envolvimento social (p. ex., pertencimento, cuidado, interesse, história compartilhada)</li> <li>-Interação disfuncional com outras pessoas</li> <li>-Relato familiar de mudança na interação (p. ex., estilo, padrão)</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausência de pessoas significativas</li> <li>-Barreiras ambientais</li> <li>-Barreiras de comunicação</li> <li>-Conhecimento insuficiente de como fortalecer a reciprocidade</li> <li>-Dissonância sociocultural</li> <li>-Distúrbio no autoconceito</li> <li>-Habilidades insuficientes para fortalecimento da reciprocidade</li> <li>-Isolamento terapêutico</li> <li>-Mobilidade prejudicada</li> <li>-Processos de pensamento perturbados</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Desconforto em situações sociais</li> <li>-Função social prejudicada</li> <li>-Interação disfuncional com outras pessoas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>5 encontramos 3 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Barreiras de comunicação</li> <li>-Barreiras ambientais</li> <li>-Isolamento terapêutico</li> <li>-Mobilidade prejudicada.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>10 encontramos 4 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 7 – PAPÉIS E RELACIONAMENTOS</b>	
<b>PROCESSOS FAMILIARES INTERROMPIDOS</b>	
DEFINIÇÃO: Mudança nos relacionamentos e/ou no funcionamento da família	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conclusão ineficaz de tarefas</li> <li>-Mudança na intimidade</li> <li>-Mudança na satisfação com a família</li> <li>-Mudança na somatização</li> <li>-Mudança nas tarefas designadas</li> <li>-Mudança nos comportamentos de redução do estresse</li> <li>-Mudança nos padrões de comunicação</li> <li>-Mudanças em expressões de conflito com os recursos da comunidade</li> <li>-Mudanças em expressões de isolamento dos recursos da comunidade</li> <li>-Mudanças em rituais</li> <li>-Mudanças na disponibilidade para apoio emocional</li> <li>-Mudanças na disponibilidade para resposta afetiva</li> <li>-Mudanças na participação na tomada de decisões</li> <li>-Mudanças na participação para a solução de problemas</li> <li>-Mudanças na resolução de conflitos familiares</li> <li>-Mudanças nas alianças de poder</li> <li>-Mudanças no apoio mútuo</li> <li>-Mudanças nos padrões de relacionamento</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Crise de desenvolvimento</li> <li>-Crises situacionais</li> <li>-Modificação da condição social da família</li> <li>-Modificação nas finanças da família</li> <li>-Mudança do estado de saúde de um membro da família</li> <li>-Mudança do poder de membros da família</li> <li>-Mudanças na interação com a comunidade</li> <li>-Transição desenvolvimental</li> <li>-Transição situacional</li> <li>-Troca de papéis na família</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mudanças nas tarefas designadas</li> <li>-Mudanças na participação de tomada de decisão</li> <li>-Mudança nas soluções dos problemas</li> <li>-Mudança nos padrões de comunicação</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>18 encontramos 4 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Crises situacionais</li> <li>-Modificação nas finanças da família</li> <li>-Mudança do estado de saúde de um membro</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>10 encontramos 3FR</b></p>

## Domínio 9 – 7 diagnósticos

<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>	
<b>NEGAÇÃO INEFICAZ</b>	
DEFINIÇÃO: Tentativa consciente ou inconsciente de negar o conhecimento ou o significado de um evento para reduzir ansiedade/medo, que leva a comprometimento da saúde.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-A feto inadequado</li> <li>-Desloca a fonte dos sintomas</li> <li>-Desloca o medo do impacto da condição</li> <li>-Minimiza os sintomas</li> <li>-Não admite impacto da doença na vida</li> <li>-Não percebe a relevância dos sintomas</li> <li>-Não percebe relevância do perigo</li> <li>-Nega medo da morte</li> <li>-Nega medo de invalidez</li> <li>-Recusa assistência à saúde</li> <li>-Retarda a procura de assistência à saúde</li> <li>-Usa comentários de afastamento ao falar sobre evento causador de sofrimento</li> <li>-Usa gestos de afastamento ao falar sobre evento causador de sofrimento</li> <li>-Utiliza tratamento não aconselhado pelo profissional de saúde</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>14 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ameaça de realidade desagradável</li> <li>-Ansiedade</li> <li>-Apoio emocional insuficiente</li> <li>-Estratégias ineficazes de enfrentamento</li> <li>-Estresse em excesso</li> <li>-Inadequação percebida no trato de emoções fortes</li> <li>-Medo da morte</li> <li>-Medo da separação</li> <li>-Medo de perda da autonomia</li> <li>-Senso insuficiente de controle</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>10 FR</b></p>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Minimiza os sintomas</li> <li>-Não admite impacto da doença na vida</li> <li>-Não percebe a relevância dos sintomas</li> <li>-Não percebe relevância do perigo</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>14 encontramos 4 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Medo da separação</li> <li>-Medo da morte</li> <li>-Medo de perda da autonomia.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>10 encontramos 3 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>	
<b>PESAR COMPLICADO</b>	
DEFINIÇÃO: Distúrbio que ocorre após a morte de pessoa significativa, em que a experiência de sofrimento que acompanha o luto falha em atender às expectativas normais e manifesta-se como prejuízo funcional.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Ansiedade</b></li> <li>-Baixos níveis de intimidade</li> <li>-Busca de uma pessoa falecida</li> <li>-<b>Culpar a si mesmo</b></li> <li>-<b>Depressão</b></li> <li>-Desconfiança</li> <li>-Descrença</li> <li>-Esquiva do pesar</li> <li>-Estresse em excesso</li> <li>-<b>Fadiga</b></li> <li>-Não aceitação de uma morte</li> <li>-Persistência de memórias dolorosas</li> <li>-Preocupação com pensamentos sobre a pessoa falecida</li> <li>-<b>Raiva</b></li> <li>-Redução das funções nos papéis de vida</li> <li>-Ruminação</li> <li>-Saudade da pessoa falecida</li> <li>-Sensação de abalo</li> <li>-Sensação de afastamento dos outros</li> <li>-Sensação de bem-estar insuficiente</li> <li>-Sensação de choque</li> <li>-Sensação de estupor</li> <li>-Sensação de vazio</li> <li>-Sofrimento da separação</li> <li>-Sofrimento relativo à pessoa falecida</li> <li>-<b>Sofrimento traumático</b></li> <li>-Vivência dos sintomas tidos pelo falecido</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Apoio social insuficiente</b></li> <li>-Morte de pessoa significativa</li> <li>-<b>Perturbação emocional</b></li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ansiedade</li> <li>-Depressão</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Raiva</li> <li>-Sofrimento traumático</li> <li>-Culpar a si mesmo.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>27 encontramos 6 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoio social insuficiente</li> <li>-Perturbação emocional</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>3 encontramos 2 FR</b></p>
<b>27 CD</b>	<b>3 FR</b>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>	
<b>ANSIEDADE</b>	
<p>DEFINIÇÃO: Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.</p>	
<p><b>NANDA</b></p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <p><b>Comportamentais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comportamento examinador</li> <li>-Estar irrequieto</li> <li>-Hipervigilância</li> <li>-<b>Inquietação</b></li> <li>-<b>Insônia</b></li> <li>-Movimentos pouco comuns</li> <li>-Observação atenta</li> <li>-Pouco contato visual</li> <li>-<b>Preocupações devido à mudança em eventos da vida</b></li> <li>-Produtividade diminuída</li> </ul> <p><b>Afetivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Agonia</li> <li>-<b>Angústia</b></li> <li>-Apreensão</li> <li>-Desamparo</li> <li>-Excitação excessiva</li> <li>-Foco em si mesmo</li> <li>-<b>Incerteza</b></li> <li>-Irritabilidade</li> <li>-<b>Medo</b></li> <li>-Muita agitação</li> <li>-Nervosismo</li> <li>-Pesaroso</li> <li>-Sensação de inadequação</li> <li>-Suspeição aumentada</li> </ul> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento da tensão</li> <li>-Aumento da transpiração</li> <li>-Estremecimento</li> <li>-Tensão facial</li> <li>-Tremores</li> <li>-Tremores nas mãos</li> <li>-Voz trêmula</li> </ul>	<p><b>CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO<sup>177</sup></b></p> <p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupações devido à mudança em eventos da vida</li> <li>-Inquietação</li> <li>-Angústia</li> <li>-Medo</li> <li>-Insônia</li> <li>-Incerteza</li> <li>-Diarreia</li> <li>-Fraqueza</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Náusea</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>70 encontramos 10 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ameaça à condição atual</li> <li>-Ameaça de morte; estressores</li> <li>-Mudança importante (p. ex., condição econômica, ambiente, condição de saúde, função do papel, condição do papel)</li> <li>-Necessidades não atendidas</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>14 encontramos 4 FR</b></p>

### Simpáticas

- Alteração no padrão respiratório
- Anorexia
- Aumento da pressão sanguínea
- Aumento na frequência cardíaca
- Aumento na frequência respiratória
- Boca seca
- Contrações
- Diarreia
- Dilatação pupilar
- Excitação cardiovascular
- Fraqueza
- Palpitações cardíacas
- Reflexos rápidos
- Rubor facial
- Vasoconstrição superficial

### Parassimpáticas

- Alteração no padrão de sono
- Desmaio
- Diarreia
- Dor abdominal
- Fadiga
- Formigamento das extremidades
- Frequência urinária
- Hesitação urinária
- Náusea
- Redução na frequência cardíaca
- Redução na pressão sanguínea
- Urgência urinária

### Cognitivas

- Alteração na atenção
- Alteração na concentração
- Bloqueio de pensamento
- Campo de percepção diminuído
- Capacidade diminuída de solucionar problemas
- Capacidade diminuída para aprender
- Confusão
- Consciência dos sintomas fisiológicos
- Esquecimento
- Preocupação
- Ruminação
- Tendência a culpar outros

### FATORES RELACIONADOS

- Abuso de substância
- Ameaça à condição atual

14 FR
-------

<p><b>Ameaça de morte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conflito de valores</li> <li>-Conflito sobre as metas da vida</li> <li>-Contágio interpessoal</li> <li>-Crise maturacional</li> <li>-Crise situacional</li> </ul> <p><b>Estressores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposição à toxina</li> <li>-Hereditariedade</li> <li>-História familiar de ansiedade</li> <li>-Mudança importante (p. ex., condição econômica, ambiente, condição de saúde, função do papel, condição do papel)</li> <li>-Necessidades não atendidas</li> <li>-Transmissão interpessoal</li> </ul>	
---	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>	
<b>SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA</b>	
DEFINIÇÃO: Experiência vivida de falta de controle sobre uma situação, inclusive uma percepção de que as próprias ações não afetam, de forma significativa, um resultado.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alienação</li> <li>-<b>Dependência</b></li> <li>-<b>Depressão</b></li> <li>-Dúvida em relação ao desempenho do papel</li> <li>-<b>Frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores</b></li> <li>-Participação inadequada no cuidado</li> <li>-<b>Sensação de controle insuficiente</b></li> <li>-Vergonha</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ambiente institucional disfuncional</li> <li>-Interações interpessoais insuficientes</li> <li>-<b>Regime de tratamento complexo</b></li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dependência</li> <li>-Depressão</li> <li>-Frustração quanto a incapacidade de realizar atividades</li> <li>-Sensação de controle insuficiente.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>8 encontramos 4 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Regime de tratamento complexo</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>3 encontramos 1 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>	
<b>MEDO</b>	
DEFINIÇÃO: Resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apreensão</li> <li>-Autossegurança diminuída</li> <li>-Excitação</li> <li>-Inquietação</li> <li>-Náusea</li> <li>-Palidez</li> <li>-Pressão sanguínea aumentada</li> <li>-Pupilas dilatadas</li> <li>-Sensação de alarme</li> <li>-Sensação de medo</li> <li>-Sensação de pânico</li> <li>-Sensação de receio</li> <li>-Sensação de terror</li> <li>-Tensão aumentada</li> <li>-Tensão muscular</li> <li>-Vômito</li> </ul> <p><b>Cognitivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Capacidade de aprendizagem diminuída</li> <li>-Capacidade de resolução de problemas diminuída</li> <li>-Estímulos entendidos como ameaça</li> <li>-Identifica objeto do medo</li> <li>-Produtividade diminuída</li> </ul> <p><b>Comportamentais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comportamentos de ataque</li> <li>-Comportamentos de esquiva</li> <li>-Estado de alerta aumentado</li> <li>-Foco direcionado para a fonte do medo</li> <li>-Impulsividade</li> </ul> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anorexia</li> <li>-Boca seca</li> <li>-Diarreia</li> <li>-Dispneia</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Frequência respiratória aumentada</li> <li>-Mudança na reação fisiológica (p. ex., pressão sanguínea, frequências cardíaca e</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Sensação de medo</li> <li>-Sensação de pânico</li> <li>-Sensação de receio</li> <li>-Sensação de terror</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>34 encontramos 4 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ausência de familiaridade com o local</li> <li>-Barreira linguística</li> <li>-Estímulo fóbico.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>8 encontramos 3 FR</b></p>

respiratória, saturação de oxigênio, dióxido de carbono [CO <sub>2</sub> ] corrente final) -Transpiração aumentada <b>FATORES RELACIONADOS</b> <b>8 FR</b> -Ausência de familiaridade com o tocar -Barreira linguística -Déficit sensorial (p. ex., visual, auditivo) -Estímulo fóbico -Mecanismo liberador inato em resposta a estímulos externos (p. ex., neurotransmissores) -Resposta aprendida -Resposta inata a estímulos (p. ex., ruído repentino, altura) -Separação do sistema de apoio	
--	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

\*Único diagnóstico de promoção à saúde\*

<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b> <b>DISPOSIÇÃO PARA PODER MELHORADO</b>	
DEFINIÇÃO: Padrão de participação intencional na mudança para o bem-estar e que pode ser fortalecido	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b> -Expressa disposição para aumentar a identificação de escolhas possíveis para uma mudança -Expressa disposição para aumentar a independência de ações de mudança -Expressa disposição para aumentar a participação em escolhas sobre a vida diária -Expressa disposição para aumentar a participação nas escolhas de saúde -Expressa disposição para aumentar a percepção de possíveis mudanças -Expressa disposição para aumentar o conhecimento para participação em mudanças -Expressa disposição para aumentar o envolvimento na mudança -Expressa disposição para aumentar o poder	<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b> -Expressa disposição para aumentar a independência de ações de mudança -Expressa disposição para aumentar a participação em escolhas sobre a vida diária -Expressa disposição para aumentar a participação nas escolhas de saúde -Expressa disposição para aumentar o conhecimento para participação em mudanças  <div style="text-align: center; border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;"> <b>8 encontramos 4 CD</b> </div>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 9 – ENFRENTAMENTO/TOLERÂNCIA AO ESTRESSE</b>	
<b>RESILIÊNCIA PREJUDICADA</b>	
DEFINIÇÃO: Capacidade reduzida de manter um padrão de respostas positivas a uma situação ou crise adversa.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento renovado da angústia</li> <li>-Baixa autoestima</li> <li>-Culpa</li> <li>-Depressão</li> <li>-Estado de saúde prejudicado</li> <li>-Estratégias ineficazes de enfrentamento</li> <li>-Interesse diminuído pelas atividades acadêmicas</li> <li>-Interesse diminuído pelas atividades profissionais</li> <li>-Isolamento social</li> <li>-Vergonha</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>10 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-A buso de substância</li> <li>-Baixa capacidade intelectual</li> <li>-Condição étnica minoritária</li> <li>-Controle insatisfatório dos impulsos</li> <li>-Dados demográficos que aumentam a possibilidade de má adaptação</li> <li>-Economicamente desfavorecido</li> <li>-Enfermidade mental de pai/mãe</li> <li>-Exposição à violência</li> <li>-Família grande</li> <li>-Gênero feminino</li> <li>-Paternidade/maternidade inconsistente</li> <li>-Pouca educação materna</li> <li>-Transtornos psicológicos</li> <li>-Violência na comunidade</li> <li>-Vulnerabilidade percebida</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>15 FR</b></p>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Culpa</li> <li>-Depressão</li> <li>-Isolamento social</li> <li>-Estado de saúde prejudicado.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>10 encontramos 4 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vulnerabilidade percebida</li> <li>-Controle insatisfatório dos impulsos</li> <li>-Transtornos psicológicos</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>15 encontramos 3 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

## Domínio 10 – 2 diagnósticos

<b>DOMÍNIO 10 – PRINCÍPIOS DA VIDA</b>	
<b>SOFRIMENTO ESPIRITUAL</b>	
DEFINIÇÃO: Estado de sofrimento relacionado à capacidade prejudicada de experimentar significado na vida por meio de uma conexão consigo mesmo, com os outros, com o mundo ou com um ser maior.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ansiedade</li> <li>-Choro</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Insônia</li> <li>-Medo</li> <li>-Questionamento da identidade</li> <li>-Questionamento do sentido da vida</li> <li>-Questionamento do sentido do sofrimento</li> <li>Ligações consigo mesmo</li> <li>-A ceitação inadequada</li> <li>-Coragem insuficiente</li> <li>-Culpa</li> <li>-Estratégias de enfrentamento inadequadas</li> <li>-Percepção de sentido da vida insuficiente</li> <li>-Raiva</li> <li>-Redução na serenidade</li> <li>-Sensação de não ser amado</li> <li>Ligações com outros</li> <li>-A lienação</li> <li>-Recusa interação com líderes espirituais</li> <li>-Recusa interação com pessoas significativas</li> <li>-Separação do sistema de apoio</li> <li>Ligações com a arte, a música, a literatura e a natureza</li> <li>-Não se interessa pela natureza</li> <li>-Não se interessa por literatura espiritual</li> <li>-Redução no padrão anterior de criatividade</li> <li>-Ligações com um ser maior</li> <li>-Desesperança</li> <li>-Incapacidade de introspecção</li> <li>-Incapacidade de participar de atividades religiosas</li> <li>-Incapacidade de rezar</li> <li>-Incapacidade de vivenciar o transcendente</li> <li>-Mudança repentina em prática religiosa</li> <li>-Raiva relativa a poder maior que o próprio</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ansiedade</li> <li>-Choro</li> <li>-Fadiga</li> <li>-Insônia</li> <li>-Medo</li> <li>-Culpa</li> <li>-Raiva</li> <li>-Desesperança</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>34 encontramos 8 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dor</li> <li>-Enfermidade</li> <li>-Solidão</li> <li>-Morte iminente.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>20 encontramos 4 FR</b></p>

<p>Sentimento de abandono          -Sofrimento percebido          -Solicitação de líder espiritual  <b>FATORES RELACIONADOS</b>          -A lienação social          -Aumento da dependência de outro          -Autoalienação          -Dor          -Enfermidade          -Envelhecimento          -Evento de vida inesperado          -Exposição à morte          -Morte ativa          -Morte de pessoa significativa          -Morte iminente          -Nascimento de criança          -Percepção de ter negócios inacabados          -Perda de função de parte do corpo          -Perda de parte do corpo          -Privação sociocultural          -Recebimento de notícia ruim          -Regime de tratamento          -Solidão          -Transição da vida</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">20 FR</div>
--	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 10 – PRINCÍPIOS DA VIDA</b>	
<b>RISCO DE RELIGIOSIDADE PREJUDICADO</b>	
DEFINIÇÃO: Vulnerabilidade a prejuízo na capacidade de confiar em crenças religiosas e/ou de participar de rituais de alguma fé religiosa e que pode comprometer a saúde	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <p>Desenvolvimental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Transições da vida</li> </ul> <p>Ambientais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Barreiras para praticar a religião</li> <li>-Transporte insuficiente</li> </ul> <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hospitalização</li> <li>-Enfermidade</li> <li>-Dor</li> </ul> <p>Psicológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Depressão</li> <li>-Cuidado ineficaz</li> <li>-Estratégias de enfrentamento ineficazes</li> <li>-Insegurança</li> <li>-Apoio social insuficiente</li> </ul> <p>Espirituais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Barreiras culturais à prática da religião</li> <li>-Interação social insuficiente</li> </ul> <p>Sociocultural</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-A flição</li> </ul>	<p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Crises de estágio final da vida</li> <li>-Ansiedade</li> <li>-Insegurança</li> <li>-Dor</li> <li>-Envelhecimento</li> <li>-Medo da morte</li> <li>-Angústia</li> </ul> <p style="text-align: center; border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;"><b>20 encontramos 4 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

## Domínio 11 – 4 diagnósticos

<b>DOMÍNIO 11 – SEGURANÇA E PROTEÇÃO</b>	
<b>CONTAMINAÇÃO</b>	
DEFINIÇÃO: Exposição a contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICAS DE FINIDORAS</b></p> <p><b>Pesticidas</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">27 CD</span></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-E feitos dermatológicos da exposição</li> <li>-E feitos gastrintestinais da exposição</li> <li>-E feitos neurológicos da exposição</li> <li>-E feitos pulmonares da exposição</li> <li>-E feitos renais da exposição</li> </ul> <p><b>Produtos químicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-E feitos dermatológicos da exposição</li> <li>-E feitos gastrintestinais da exposição</li> <li>-E feitos imunológicos da exposição</li> <li>-E feitos neurológicos da exposição</li> <li>-E feitos pulmonares da exposição</li> <li>-E feitos renais da exposição</li> </ul> <p><b>Agentes biológicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-E feitos dermatológicos da exposição</li> <li>-E feitos gastrintestinais da exposição</li> <li>-E feitos neurológicos da exposição</li> <li>-E feitos pulmonares da exposição</li> <li>-E feitos renais da exposição</li> </ul> <p><b>Poliuição</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-E feitos neurológicos da exposição</li> <li>-E feitos pulmonares da exposição</li> </ul> <p><b>Resíduos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-E feitos dermatológicos da exposição</li> <li>-E feitos gastrintestinais da exposição</li> <li>-E feitos hepáticos da exposição</li> <li>-E feitos pulmonares da exposição</li> </ul> <p><b>Radiação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-E feitos genéticos da exposição</li> <li>-E feitos imunológicos da exposição</li> <li>-E feitos neurológicos da exposição</li> <li>-E feitos oncológicos da exposição</li> <li>-Exposição a material radiativo</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">32 FR</span></p> <p><b>Externos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Brincar onde são usados contaminantes ambientais</li> <li>-Contaminação química da água</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposição a material radiativo</li> <li>-Efeitos imunológicos da exposição à radiação</li> </ul> <p style="text-align: center;"><span style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px;">27 encontramos 2 CD</span></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Exposição à radiação</li> <li>-Economicamente desfavorecido</li> </ul> <p style="text-align: center;"><span style="border: 2px solid purple; border-radius: 50%; padding: 5px;">32 encontramos 2 FR</span></p>

<p>Contaminação química de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Economicamente desfavorecido</li> <li>-Exposição a áreas com alto nível de contaminantes</li> <li>-Exposição a bioterrorismo</li> <li>-Exposição a desastres (naturais ou provocados pelo homem)</li> <li>-Exposição a poluentes atmosféricos</li> <li>-Exposição a químicos sem proteção (p. ex., arsênico)</li> <li>-Exposição à radiação</li> <li>-Fragmentação inadequada de contaminantes</li> <li>-Gesso ou paredes descascando na presença de crianças pequenas (p. ex., pintura, gesso)</li> <li>-Ingestão de material contaminado (p. ex., radiativo, comida, água)</li> <li>-Piso acarpetado</li> <li>-Práticas inadequadas de higiene em casa</li> <li>-Práticas inadequadas de higiene pessoal</li> <li>-Roupas protetoras inadequadas</li> <li>-Serviços municipais inadequados (p. ex., coleta de lixo, instalações de tratamento de esgoto)</li> <li>-Uso de contaminantes ambientais em casa</li> <li>-Uso de material intoxicante em áreas com pouca ventilação (p. ex., laca, tinta)</li> <li>-Uso de material intoxicante sem proteção eficaz (p. ex., laca, tinta)</li> <li>-Uso inadequado de roupas protetoras</li> </ul> <p>Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Características desenvolvimentais das crianças</li> <li>-Doenças preexistentes</li> <li>-Exposição concomitante</li> <li>-Exposições anteriores a contaminantes</li> <li>-Gênero feminino</li> <li>-Gravidez</li> <li>-Idade (crianças com menos de 5 anos, idosos)</li> <li>-Idade gestacional durante exposição</li> <li>-Nutrição inadequada</li> <li>-Tabagismo</li> </ul>	
---	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 11 – SEGURANÇA/ PROTEÇÃO</b>	
<b>RISCO DE TRAUMA</b>	
DEFINIÇÃO: Vulnerabilidade à lesão tissular acidental (p. ex., ferida, queimadura, fratura), que pode comprometer a saúde	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<b>FATORES RELACIONADOS</b> <b>Externos</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">59 FR</span> -Acesso a armas -Aparelhos elétricos com defeito -Ausência de dispositivo para pedir socorro -Ausência de protetor de janela -Banho em água muito quente -Brincar com explosivo -Brincar com objetos perigosos -Cabos de panelas virados para fora do fogão -Calçadas inseguras -Cama alta -Chão escorregadio -Combustíveis armazenados inadequadamente (p. ex., fósforos, trapos sujos de óleo) -Corrimão de escada inadequado -Corrosivos armazenados de forma inadequada (p. ex., detergente) -Crianças viajando no banco da frente do carro -Dispositivo para pedir socorro com defeito -Estradas inseguras -Exposição a maquinário perigoso -Exposição a produto corrosivo -Exposição a químico tóxico -Exposição à radiação -Extremos de temperatura ambiental -Falta de portão no alto de escada -Fiação elétrica sem fixação -Fumar na cama -Fumar perto de oxigênio -Gordura derramada em fogão -Iluminação insuficiente -Manuseio inseguro de equipamento pesado (p. ex., velocidade excessiva, sob efeito de tóxicos e sem óculos de proteção) -Material antiderrapante insuficiente nos	<b>FATORES RELACIONADOS</b> - exposição à radiação -Conhecimento deficiente sobre precauções de segurança -Economicamente desfavorecido  <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; width: 150px; height: 40px; margin: 20px auto; text-align: center; line-height: 40px;">59 encontramos 3 FR</div>

<p>Gordura derramada em fogão</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Iluminação insuficiente</li> <li>-Manuseio inseguro de equipamento pesado (p. ex., velocidade excessiva, sob efeito de tóxicos e sem óculos de proteção)</li> <li>-Material antiderrapante insuficiente nos banheiros</li> <li>-Não uso de cintos de segurança</li> <li>-Objeto inflamável (p. ex., roupa, brinquedos)</li> <li>-Perigo elétrico (p. ex., plugue com defeito, fio desgastado, caixa de fusível/tomada sobrecarregada)</li> <li>-Pontas de gelo pendentes do teto</li> <li>-Proteção insuficiente contra fonte de calor</li> <li>-Proximidade a via de veículos (p. ex., entradas de garagem, trilhos de ferrovias)</li> <li>-Retardo no acendimento de aparelhos a gás</li> <li>-Tentar se livrar de imobilizadores</li> <li>-Uso de cadeira instável</li> <li>-Uso de escada instável</li> <li>-Uso de louça rachada</li> <li>-Uso de roupas largas perto de chamas</li> <li>-Uso de tapetes soltos</li> <li>-Uso errado de cinto de segurança</li> <li>-Uso errado de protetor para a cabeça (p. ex., capacete de moto, capacete rijo)</li> <li>-Vazamento de gás</li> <li>-Vias de acesso obstruídas</li> <li>-Vizinhança com alta taxa de criminalidade</li> </ul> <p><b>Internos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteração na função cognitiva</li> <li>-Alteração na sensibilidade (em consequência de lesão medular, diabetes melito, etc.)</li> <li>-Conhecimento deficiente sobre precauções de segurança</li> <li>-Economicamente desfavorecido</li> <li>-Equilíbrio prejudicado</li> <li>-Fraqueza</li> <li>-História de trauma (p. ex., físico, psicológico, sexual)</li> <li>-Perturbação emocional</li> <li>-Redução na coordenação muscular</li> <li>-Redução na coordenação olhos-mãos</li> <li>-Visão prejudicada</li> </ul>	
---	--

<b>DOMÍNIO 11 – SEGURANÇA/PROTEÇÃO</b>	
<b>RISCO DE SUICÍDIO</b>	
DEFINIÇÃO: Vulnerabilidade à lesão autoinfligida que ameaça a vida.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<b>FATORES RELACIONADOS</b> Comportamentais -A armazenagem de medicamentos -Compra de uma arma -Distribuir suas posses -Fazer um testamento -História de tentativa de suicídio -Impulsividade -Mudança acentuada de atitude -Mudança acentuada de comportamento -Mudança acentuada no desempenho escolar -Mudar um testamento -Recuperação eufórica repentina de depressão profunda Demográficos -Divorciado -Etnia (p. ex., branco, índio norte-americano) -Idade (p. ex., idoso, homens adultos jovens, adolescentes) -Sexo masculino -Viuvez Físicos -Dor crônica -Enfermidade física -Enfermidade terminal Psicológicos -Abuso de substância -Culpa -História de abuso na infância (p. ex., físico, psicológico, sexual) -História familiar de suicídio -Homossexualidade na juventude -Transtorno psiquiátrico Situacionais -Acesso a armas -Adolescente vivendo em ambiente não tradicional (p. ex., centro de detenção juvenil, prisão, lar temporário, lar grupal)	<b>FATORES RELACIONADOS</b> -Idade -dor crônica -Enfermidade física -Enfermidade terminal -Culpa -Transtorno psiquiátrico -Economicamente desfavorecido -Perda da autonomia -Perda da independência -Desamparo -Desesperança -Isolamento social  <div style="border: 2px solid red; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">47 encontramos 12 FR</div>

<p>Adolescente vivendo em ambiente não tradicional (p. ex., centro de detenção juvenil, prisão, lar temporário, lar grupal)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aposentadoria</li> <li>-Economicamente desfavorecido</li> <li>-Institucionalização</li> <li>-Morar só</li> <li>-Mudança de endereço</li> <li>-Perda de autonomia</li> <li>-Perda de independência</li> </ul> <p>Sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Apoio social insuficiente</li> <li>-Desamparo</li> <li>-Desesperança</li> <li>-Dificuldades legais</li> <li>-Isolamento social</li> <li>-Perda de relacionamento significativo</li> <li>-Pesar</li> <li>-Problemas disciplinares</li> <li>-Solidão</li> <li>-Suicídios em grupo</li> <li>-Vida familiar problemática</li> </ul> <p>Verbais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ameaça de matar-se</li> <li>-Verbalização de desejo de morrer</li> </ul>	
---	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 11 – SEGURANÇA/PROTEÇÃO</b>	
<b>RISCO DE INFECÇÃO</b>	
DEFINIÇÃO: Vulnerabilidade à invasão e multiplicação de organismos patogênicos, que pode comprometer a saúde.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Conhecimento insuficiente para evitar exposição a patógenos</li> <li>-Desnutrição</li> <li>-Enfermidade crônica (p. ex., diabetes melito)</li> <li>-Obesidade</li> <li>-Procedimento invasivo</li> <li>Defesas primárias inadequadas</li> <li>-Alteração na integridade da pele</li> <li>-Alteração no peristaltismo</li> <li>-Alteração no pH das secreções</li> <li>-Diminuição da ação ciliar</li> <li>-Estase de fluidos orgânicos</li> <li>-Ruptura prematura de membrana amniótica</li> <li>-Ruptura prolongada de membrana amniótica</li> <li>-Tabagismo</li> <li>Defesas secundárias inadequadas</li> <li>-Diminuição de hemoglobina</li> <li>-Imunossupressão</li> <li>-Leucopenia</li> <li>-Resposta inflamatória suprimida (p. ex., interleucina 6 [IL-6], proteína C-reativa [PCR])</li> <li>-Vacinação inadequada</li> <li>Exposição ambiental aumentada a patógenos</li> <li>-Exposição a surto de doença</li> </ul>	<p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Imunossupressão</li> <li>-Leucopenia</li> <li>-Alteração da integridade da pele (veias frágeis)</li> <li>-Procedimento invasivo (nefrostomia, CVCTI)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>19 encontramos 4 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

## Domínio 12 – 4 diagnósticos

<b>DOMÍNIO 12 – CONFORTO</b>	
<b>NÁUSEA</b>	
DEFINIÇÃO: Fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável na parte de trás da garganta e do estômago, que pode ou não resultar em vômito.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aversão à comida</li> <li>-Deglutição aumentada</li> <li>-Gosto amargo na boca</li> <li>-<b>Náusea</b></li> <li>-Salivação aumentada</li> <li>-<b>Sensação de vontade de vomitar</b></li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>6 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <p><b>Biofísicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Distensão da cápsula do fígado</li> <li>-Distensão da cápsula esplênica</li> <li>-Distensão gástrica</li> <li>-Distúrbios bioquímicos (p. ex., uremia, cetoacidose diabética)</li> <li>-Doença de Ménière</li> <li>-Doença esofágica</li> <li>-Doença pancreática</li> <li>-Enjoo causado pelo movimento</li> <li>-Exposição a toxinas</li> <li>-Gravidez</li> <li>-Irritação gastrointestinal</li> <li>-Labirintite</li> <li>-Meningite</li> <li>-Pressão intracraniana aumentada</li> <li>-<b>Regime de tratamento</b></li> <li>-<b>Tumores intra-abdominais</b></li> <li>-Tumor localizado (p. ex., neuroma do acústico, tumor cerebral, metástase óssea)</li> </ul> <p><b>Situacionais</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Ansiedade</b></li> <li>-Distúrbio psicológico</li> <li>-Estímulo visual desagradável</li> <li>-Estímulos ambientais nocivos</li> <li>-<b>Medo</b></li> <li>-Odores nocivos</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>23 FR</b></p>	<p><b>CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Náusea</li> <li>-Sensação de vômito</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>6 encontramos 2 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Regime de tratamento</li> <li>-Tumores intra-abdominais</li> <li>-Ansiedade</li> <li>-Medo</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>23 encontramos 4 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 12 – CONFORTO</b>	
<b>DOR CRÔNICA</b>	
<p>DEFINIÇÃO: Experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (International Association for the Study of Pain); início súbito ou lento, de qualquer intensidade leve a intensa, constante ou recorrente, sem término antecipado ou previsível e com duração maior que três (&gt;3) meses.</p>	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS</b></p> <p><b>-Alteração da capacidade de continuar atividades prévias</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">9 CD</span></p> <p>-Anorexia</p> <p>-Autorrelato de características da dor usando instrumento padronizado de dor (p. ex., Questionário de Dor McGill, Inventário Breve de Dor)</p> <p><b>-Autorrelato de intensidade usando escala padronizada de dor</b> (p. ex., escala FACES Wong-Baker, escala visual analógica, escala numérica de classificação)</p> <p>-Evidências de dor, usando lista padronizada de verificação de comportamento de dor para quem não consegue se comunicar verbalmente (p. ex., Neonatal Infant Pain Scale, Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate)</p> <p><b>-Expressão facial de dor</b> (p. ex., olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo ou disperso, careta)</p> <p>-Foco em si próprio</p> <p><b>-Mudanças no padrão de sono</b></p> <p>-Relato de outra pessoa de comportamento de dor/mudança nas atividades (p. ex., familiar, cuidador)</p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <p>-Agente lesivo* <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35 FR</span></p> <p><b>-Alteração no padrão de sono</b></p> <p>-Aumento no índice de massa muscular</p> <p>-Aumento prolongado no nível de cortisol</p> <p>-Compressão de nervo</p> <p>-Condição isquêmica</p> <p>-Condição musculoesquelética crônica</p> <p>-Condição relacionada a pós-trauma (p. ex., infecção, inflamação)</p> <p>-Contusão</p>	<p><b>CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS</b></p> <p>-Alteração da capacidade de continuar atividades prévias</p> <p>-Expressão facial</p> <p>-Autorrelato de intensidade usando escala padronizada de dor</p> <p>-Mudanças no padrão de sono</p> <p style="text-align: center;"><span style="border: 2px solid orange; border-radius: 50%; padding: 5px;">9 encontramos 4 CD</span></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <p>-Alteração do padrão de sono</p> <p>-Fadiga</p> <p>-Infiltração do tumor</p> <p>-Isolamento social</p> <p>-Sofrimento emocional</p> <p style="text-align: center;"><span style="border: 2px solid purple; border-radius: 50%; padding: 5px;">35 encontramos 5 FR</span></p>

<p>Condição musculoesquelética crônica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Condição relacionada a pós-trauma (p. ex., infecção, inflamação)</li> <li>-Contusão</li> <li>-Dano ao sistema nervoso</li> <li>-Desequilíbrio de neurotransmissores, neuromoduladores e receptores</li> <li>-Desnutrição</li> <li>-Distúrbio genético</li> <li>-Distúrbio imunológico (p. ex., neuropatia associada a HIV, vírus varicela-zóster)</li> <li>-<b>Fadiga</b></li> <li>-Fratura</li> <li>-Funcionamento metabólico prejudicado</li> <li>-Gênero feminino</li> <li>-História de abuso (p. ex., físico, psicológico, sexual)</li> <li>-História de abuso de substância</li> <li>-História de endividamento excessivo</li> <li>-História de exercício vigoroso</li> <li>-História de mutilação da genitália</li> <li>-História de posturas de trabalho estáticas</li> <li>-Idade &gt; 50 anos</li> <li>-<b>Infiltração de tumor</b></li> <li>-<b>Isolamento social</b></li> <li>-Lesão muscular</li> <li>-Lesão na medula espinal</li> <li>-Lesão por esmagamento</li> <li>-Manuseio repetido de cargas pesadas</li> <li>-Padrão ineficaz de sexualidade</li> <li>-<b>Sofrimento emocional</b></li> <li>-Uso prolongado de computador (p. ex., &gt; 20 horas/semana)</li> <li>-Vibração em todo o corpo</li> </ul>	
--	--

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 12 – CONFORTO</b>	
<b>CONFORTO PREJUDICADO</b>	
DEFINIÇÃO: Percepção de falta de conforto, alívio e transcendência nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental, cultural e/ou social.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<p><b>CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alteração no padrão de sono</li> <li>-Ansiedade</li> <li>-Choro</li> <li>-Desconforto com a situação</li> <li>-Descontentamento com a situação</li> <li>-Incapacidade de relaxar</li> <li>-Inquietação</li> <li>-Irritabilidade</li> <li>-Lamento</li> <li>-Medo</li> <li>-Prurido</li> <li>-Sensação de calor</li> <li>-Sensação de desconforto</li> <li>-Sensação de fome</li> <li>-Sensação de frio</li> <li>-Sintomas de sofrimento</li> <li>-Suspiros</li> </ul> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Controle ambiental insuficiente</li> <li>-Controle situacional insuficiente</li> <li>-Estímulos ambientais nocivos</li> <li>-Privacidade insuficiente</li> <li>-Recursos insuficientes (p. ex., financeiro, social, conhecimento)</li> <li>-Regime de tratamento</li> <li>-Sintomas relativos à doença</li> </ul>	<p><b>CARACTERÍSTICA DEFINIDORAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteração do padrão de sono</li> <li>-Ansiedade</li> <li>-Choro</li> <li>-Desconforto com a situação</li> <li>-Irritabilidade</li> <li>-Medo</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>17 encontramos 6 CD</b></p> <p><b>FATORES RELACIONADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Controle situacional insuficiente</li> <li>-Recursos insuficientes (financeiro, social, conhecimento)</li> <li>-Regime de tratamento</li> <li>-Sintomas relativos à doença.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>7 encontramos 4 FR</b></p>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

<b>DOMÍNIO 12 – CONFORTO</b>	
<b>RISCO DE SOLIDÃO</b>	
DEFINIÇÃO: Vulnerabilidade a experienciar desconforto associado a desejo ou necessidade de mais contato com os outros, que pode comprometer a saúde.	
NANDA	CLIENTES SUBMETIDO AO LUTÉCIO <sup>177</sup>
<b>FATORES RELACIONADOS</b> -Isolamento físico -Isolamento social -Privação afetiva -Privação emocional	<b>FATORES RELACIONADOS</b> -Isolamento social -Privação afetiva -Privação emocional.  <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">4 encontramos 3 FR</div>

Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

O esquema intitulado como o somatório resultou num padrão de necessidades de cuidados para estes clientes que apresentam problemas muito parecidos no plano físico-emocional, surgindo 2 categorias de análise: no quarto com Lutécio e no corpo que fala.

Quadro 13: O somatório



Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

## NO QUARTO COM LUTÉCIO

Quando pensamos nesta categoria, os riscos do corpo radioativo é impossível pensar nestes clientes sem localizá-los num espaço que é específico e singular para receber, o Lutécio<sup>177</sup>, sendo fundamental os cuidados de radioproteção. Para melhor entendimento deste

ambiente será detalhado o preparo do quarto. Iniciamos revestindo com plástico as partes que serão tocadas pelo usuário como: as maçanetas, interruptores, torneiras, puxadores da mobília, carregador e celular do cliente. Há também a proteção do chão, com saco plástico fixado com fita adesiva, na região abaixo do suporte onde encontram-se as duas bombas de infusão; para o aminoácido e o Lutécio<sup>177</sup>. Deste modo caso haja derramamento do material a contaminação do ambiente fica restrita ao plástico, facilitando a remoção e limpeza.

Apesar de ser um tratamento ambulatorial, utilizamos o quarto terapêutico por possuir as paredes e portas de chumbo, promovendo o cumprimento das metas exigidas de radioproteção. Neste cômodo há um banheiro com chuveiro, suas paredes são lisas, evitando adesão do material radioativo em reentrâncias, o que facilita a limpeza após a saída do cliente ou mesmo nos casos de contaminação. Este ambiente também é preparado pela equipe dos físicos com os envoltórios plásticos.

Pela necessidade de manter o isolamento com as portas fechadas, a função de observação direta fica prejudicada, por este fato existe no quarto uma câmera e a imagem é revelada na televisão existente no posto de enfermagem, durante o uso do quarto. Esta informação é passada aos usuários no início da terapia, não havendo a opção de não filmar caso o cliente não queira, para isso é explicado o motivo pelo qual precisamos ter este registro. Pautados no *Código de Defesa do Consumidor*, que dispõe no 2º e 3º artigo:

é imposto ao fornecedor de serviços a responsabilidade civil objetiva, onde ele, responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços. E somente não será responsabilizado quando provar a inexistência do defeito ou culpa exclusiva do consumidor ou de terceiro.

Desta forma, no que tange a responsabilidade civil do hospital surgirá quando o cliente, em seu período de permanência (ambulatorio e/ou internação), sofrer danos decorrentes da qualidade dos serviços ali prestados como aqueles advindos de defeitos de aparelhos, equipamentos, alimentação e ambiente.

Há um aparelho de ar condicionado, ligado durante a terapia para manter o ambiente com baixa temperatura, evitando a transpiração e suor excessivo, reduzindo a eliminação do produto pela pele. Existe também neste espaço, como forma de entretenimento, uma televisão que pode ser assistida conforme desejo e necessidade do cliente, acionada por controle remoto protegido por envoltório plástico.

A liberação desse quarto e de todo material contido nele é realizado pela equipe dos físicos. Os plásticos de proteção quando removidos e o lixo produzido é reservado em ambiente externo, no setor, para que ocorra o decaimento natural do material até que esteja totalmente isento de energia, sendo então liberados para o descarte comum. Diante deste fato é necessário que os restos alimentares sejam triturados<sup>5</sup> na pia e o lixo gerado seja "limpo", evitando a atração de vetores no setor.

O contato do cliente com a equipe multiprofissional após início da terapia ocorre por contato telefônico. Na mesa de cabeceira há o registro do ramal do posto de enfermagem. O telefone fica disponível para ligação interna e externa, caso desejem. A relação inversa ocorre pela abertura da janela existente na porta de chumbo ou pela entrada no quarto se necessário. A equipe de enfermagem se faz presente no momento da refeição, preparando a mesa de alimento e triturando os restos alimentares após o almoço. Desta forma reduzimos a possibilidade de perda do acesso venoso e durante esta ação o cliente é orientado a manter a distância necessária do profissional (2 metros).

Ações de enfermagem incluem: orientações sobre a doença e tratamento; cuidados de radioproteção no ambiente hospitalar e fora dele; preparo do cliente, aprazamento da prescrição médica; administração das drogas; vigília durante a terapêutica, com realização dos registros pertinentes a profissão e organização do ambiente relativo a montagem da bomba de infusão.

Antecedendo a terapia propriamente dita ocorrem as vistas médica, físico e nutricionista. Uma vez iniciado a terapia com o aminoácido a circulação no ambiente é reduzida ao profissional de enfermagem e ao administrador do radiofármaco. Esta ação pode ser realizada pelos médicos e ou físicos, num sistema de rodízio para que ocorra uma menor exposição dos profissionais. Como a destreza no manuseio da bomba de infusão pertence a equipe de enfermagem, é necessário a supervisão desta durante o procedimento.

Diante das circunstâncias descritas acima foi uma surpresa, identificar nas falas que o quarto não traz nenhum sentimento ou sensação de desconforto, de insegurança ou de medo. E pensando sobre o quarto temos: um espaço fechado, isolado por chumbo, um confinamento

---

<sup>5</sup> Situado no armário abaixo da pia há um triturador que é acionado por um interruptor existente na parede.

que varia de 4 a 6 horas com continuidade em sua residência por uma semana. É o espaço “vivenciado” e vivido que Bollnow (2008, p176) designa no plano subjetivo o espaço como meio da vida humana, o espaço no qual os clientes se tratam, criam esperanças e sonhos de ficar bom; também o lugar de sentimento de abrigo; a cama é o centro e lugar da imaginação humana.

Figura 7: Visão do quarto terapêutico, pela janela da porta



Fonte: acervo do serviço

Pensando neste ambiente e nos sentimentos despertados ao vivenciá-lo, entrevistamos os clientes pós terapia e destacamos algumas falas que mostram a percepção e adaptação ao quarto e as mudanças na rotina. Quando questionados sobre como foi ficar no quarto, ABC disse: “foi tranquilo, eu dormi bastante, né?!”; VWX coloca que: “Pra mim foi tranquilo, me explicaram e é fácil entender o motivo “(sobre o isolamento).

Lidar com o acesso venoso, a bomba de infusão, ir ao banheiro e se alimentar sem interromper a terapêutica foi um problema amenizado nos discursos. JKL relata: “só incomoda um pouquinho para ir ao banheiro, porque o braço está ocupado, mas” e encerra sua fala. Para VWZ, que possui 5 anos de tratamento do TNE, é visto como conhecimento: “Não tive dificuldade porque eu já venho com essa experiência de algum tempo, nada pra mim foi difícil.”

A presença da câmera filmando toda a estadia não foi causa de desconforto, foi relato de adaptação como dito por GHI:”...a gente acostuma...trabalhei em banco, não me incomodou.” Causou surpresa e dúvidas, apesar de fornecido orientação anteriormente, MNO relata: ”Eu não sabia, mas desconfiei, mais normal também.” E prosseguiu: ”No banheiro não, né?!”. Já para JKL: “me deu segurança.”

O contato com o meio externo através do telefone foi suficiente, embora pouco utilizado. YZA enfatiza essa opinião: “Foi, apesar de não ter sido necessário.” GHI faz proveito do isolamento para o desapego tecnológico e/ou afastamento social, após concluir que foi satisfatório o meio de comunicação comenta: “...o telefone celular ficou ai. Procuo me desligar e não usar tanto o celular quando venho, assim quero me desligar.”

Consideram ter recebido orientações suficientes sobre radioproteção por toda equipe multiprofissional, destacamos o discurso de GHI por mostrar de forma simpática as modificações dos hábitos, quando relata que: “...em casa é mais difícil, né! Muda a rotina, não posso beijar minha filha, apesar de ter 21 anos somos muito agarradas. Meu marido também, tem que dormir na sala.” E começa a rir.

Eles passam um bom tempo de seu tratamento neste espaço que lhes deve proporcionar conforto pela higiene, iluminação, ruídos e aeração adequados. É olhar o ambiente com cientificidade, porque ele pode causar desconfortos para uma pessoa já mais debilitada que outros. Este ambiente específico e único exige da enfermagem habilidades de conhecimentos sobre ele, atenção redobrada para os clientes e aptidão observacional para captar neles, signos de novos sintomas.

## **NO CORPO QUE FALA**

A segunda categoria é o sentido e domínio de ter câncer. Uma observação das autoras foi de que durante as entrevistas eles não se preocupam em falar muito sobre o tratamento, sobre o espaço onde ficam e sobre os profissionais que cuidam deles. Aparentemente não existem queixas ou problemas nos aspectos que se ligam ao corpo anatômico, biológico, fisiológico; como também não há interesse de saber muito sobre a doença e o tratamento. Evidenciado nas falas de ABC em relação a doença: “eu tenho noção”, “mas procuro não pesquisar muito”, “porque fico ansiosa”. Ou como relata PQR: “Uma doença crônica”, “muito séria, crônica”, “teria que ter tratado antes”, “retirado as células que estavam aumentando”. Respondem de forma simples, como exemplificado com a UR de DEF “... a única coisa que me incomoda é a pele”, “está assim ressecando.” E continua, “meu subconsciente sei que estou doente”, “mas eu não quero ficar pensando”. Dessa forma a imagem do cliente com câncer que usa Lutécio.

Figura 8: Sofrimento do corpo em uso de Lutécio



Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

Essa categoria é basicamente do corpo que sofre e sente dor que não é só física e se decodifica em marcadores que são de ordem do sensível, da emoção, da espiritualidade, da importância da família, das dificuldades financeiras, atravessadas pelo medo de morrer.

É uma doença e tratamento que envolvem a família, pelas alterações financeiras que surgem, pela mudança de poder, pela necessidade de ser ajudado, enfim, por diversos motivos percebidos durante os relatos. STU fala sobre os três filhos: “meu filho mais velho ele mudou a cabeça dele”, “não pra melhor, pra ruim”, “o mais novo, só pensa em comer de nervoso”, “já a menina não, emagreceu bastante”. VWX se mostra preocupada em incomodar as irmãs, evitando solicitar ajuda e se justifica falando: “não é egoísmo, a doença é minha”, “eu tenho que tratar, eu tenho que passar por isso”, “eu nunca fui de incomodar”, “eu sempre fui uma mulher muito ativa”. JKL relata: “não consigo trabalhar”, “estou sem a independência”, “dependo dos outros”.

É um diagnóstico complexo, difícil de propor tratamento e de objetivá-lo na prática. Identificamos durante o estudo que há uma fragilidade em nossos registros e diagnósticos se estivermos atentos ao que Tanure e Gonçalves (2008, p33) nos dizem: a investigação (histórico de enfermagem) é o primeiro passo-fase do processo de enfermagem para determinação do estado de saúde do cliente(...), e nos orienta como fazer.

Esse é a primeira intervenção de treinamento de pessoal para cuidar do cliente que usa lutécio. Principalmente quando os sofrimentos são todos não só do plano da emoção, mas de dor, medo, ansiedade, entre outros, estas aflições que estão dentro do hospital quando

recebem o medicamento e permanecem no domicílio; então é um diagnóstico e tratamento que se estendem para uma enfermagem hospitalar e coletiva, com conexão com as políticas do Sistema Único de Saúde – Saúde da Família / domicílio (SUS-SF/Domicílio).

De saída, para cuidar desse doente, os profissionais de saúde, devem ter conhecimentos sobre depressão, enfrentamentos que envolvem a alma do sujeito doente. De saber que este século apresenta as novas doenças da alma e a necessidade de estar atentas aos signos; de compreender para que serve a psicanálise. Lidamos com clientes em tratamentos paralelos como BCD que comenta não ter apresentado alterações emocionais, pois: “eu tenho depressão, então não piorou não”, “tomo controlado e tenho acompanhamento psiquiátrico e psicológico”.

A clínica desta categoria é a alma e a imagem dos doentes com câncer em uso de Lutécio. Alma como dimensão do sujeito, que adocece, como adocece das doença somáticas. Kristeva (2002), diz que:

Faz parte das doenças da alma as paixões, da tristeza, alegria, sem esquecer o delírio que se encontra entre os dois domínios, o psíquico e o somático (...); cita FOUCAULT para dizer que ele escreveu brilhantemente, na história da clínica que reconheceu a alma sob condições de homologá-la no corpo enfermo; FREUD, também sugere que entendamos nestes postulados, o estabelecimento de um “aparelho psíquico” como construção teórica irredutível do corpo, submetido a influências biológicas, que produz sintomas (...).

A enfermagem já está habilitada a reconhecer sinais e sintomas da doença e, sua clínica tem estado fundamentada no saber médico, onde a doença é o foco central desta clínica. Dessa forma este estudo nos tira da zona de conforto deste saber, para pensar na biologia da alma, com a obrigatoriedade de incluir em nossas propostas de cuidar a proposição de um modelo para dar conta desta questão. Os clientes apresentados estão doentes, em consequência do câncer e tratamento, sofrem e tem dor física e mental. Freud in: Kristeva (2002, p. 12):

com Freud a psique vive uma vida nova: enriquecida pela pluralidade judaicas das interpretações, a alma sai multiplicada, polifônica, para melhor servir a transubstanciação do corpo vivo. Da valorização da alma, ele constitui um meio de ação indistintamente terapêutico e moral, justificando; as descobertas das ciências, especialmente a biologia e a neurologia, podem configurar a morte da alma (...); pergunta: será que ainda precisamos dessa quimera milenar, quando o segredo dos neurônios, seus humores e sua eletricidade estão cada vez mais decodificados?

Os clientes tem uma vida psíquica inconsciente portadora de sentidos diversos. Existe neles uma outra doença, a da alma, que não é percebida pelos profissionais a não ser que eles falem, mesmo quando estão em depressão, que muitos expressam no rosto. Por vezes as emoções não são entendidas pelos próprios clientes como narra MNO: “tem dias que estou chorando demais”, “tem dias que quero sorrir”, “é um troço muito esquisito”.

Almeida e Moura (1997) chama a “dor de existir”: e pode ser aplicado aos clientes deste estudo que afirmam sentir dor, que não é apenas física, dor de preocupação com a família, dor de não ter condições financeiras, dor de depender dos outros, dor de saudade das filhas e netos que estão fora do Brasil, dor que caminha junto com depressão e outros sentimentos já destacados:

a depressão se encontra hoje em dia generalizada e quanto mais sobre ela se fala, se escreve, se pesquisa, tanto mais ela é encontrada nos mais insuspeitos ressentidos de nossa civilização: o significante depressão parece ter engendrado um batalhão de sujeitos que assim qualificam seu estado d’alma quando se encontram tristes, desanimados, frustrados, enlutados, anoréxicos, apáticos, desiludidos, entediados, impotentes, angustiados (...). (ALMEIDA E MOURA,1997)

Todas essas condições foram encontradas no texto produzido em suas falas, e são indutoras de intervenção de cuidados. O desafio da enfermagem é produzir saúde neste contexto, envolve integralidade dos serviços, um dos princípios do SUS, cuja implicação é afirmada por Ferla (2009, p. 27-28) diz:

a integralidade implica na inserção do indivíduo em uma rede de serviços (rede que atenda clientes com câncer em uso de Lutécio) capaz de responder as suas necessidades que se ampliam enormemente da dimensão biológica (na qual é centrada a prática hegemônica) mas que, minimamente, deve ser capaz de oferecer ações assistenciais necessárias as demanda singular de cada usuário.

Os clientes também tem medo de tudo, de não ficar bom, de não poder continuar a cuidar da família, e principalmente de morrer. O medo segundo Mira y Lopez (1998, p. 34) é um dos gigantes da alma e, diz;

o medo tem três tipos de apresentação: a) instintivo (orgânico, corporal e ascendente); b) racional (condicionado, psíquico e descendente); c) imaginário (irracional, de presunção. Mágico-intuitivo); o primeiro, o mais primitivo é o que menos tortura o homem civilizado; o segundo lhe é habitual, mas suportável; o terceiro pode ser o pior e não lhe dá paz, nem sossego (...).

No relato de ABC observamos o medo imaginário que retira a paz: “quando eu me vi doente”, “eu não dormia de jeito nenhum”, “porque eu tinha medo de morrer”.

Esse estudo nos desafia a pensar como cuidar deles a partir dos domínios destacados em suas falas e achados em NANDA. Entendemos que começar a pensar é, nos utilizar dos tipos de diagnósticos sugerido por NANDA in: Tanure e Gonçalves (2008 ).

Figura 9: Diagnóstico da taxonomia NANDA



Elaborado por PalhotaMenezes e Figueiredo (2019)

Isso nos leva a repensar conhecimentos, diagnósticos e cuidados, nestes tempos atuais, que não é mais o da década de 70 quando se iniciou a preocupação sobre enfermagem científica e a necessidade de uma sistematização do cuidado, que se fortalece agora a partir de esforços do COFEN.

Nos parece que estamos num novo reencantamento de ver, pensar e fazer e o mesmo deve ser considerado com quem cuida deles na enfermagem, e olhar um novo paradigma ético que coloca a vida no centro coletivamente compartilhada.

Olhar para o cliente deste estudo entendendo-os como ser humano que ocupa um lugar singular, que é parte da natureza por seu enraizamento cósmico, biologicamente carente que intervem na natureza e nos espaços onde estão, criando coisas, culturas, saberes, e o mesmo deve ser considerado com quem cuida deles.

Manter estes doentes no “fluxo da vida”, mesmo sem qualidade de vida, como eles afirmam, é um desafio, porque, eles como seres humanos também são contraditórios, também querem viver apesar de tudo. Como refere DEF ao ser questionado se tinha qualidade de vida: “emocionalmente, sim”, “...minha família ao redor de mim”, “minha filha e genro fazem o custo dentro de casa”, “porque não tenho renda”, “essa é minha qualidade de vida”. MNO considera que: “ter uma cura já é ter QV”, “com a cura estou com tudo.” E dessa forma responde: “não tenho.” (QV).

E o que sustenta este querer é a espiritualidade, a crença em Deus a todo custo e precisamos manter a espiritualidade num processo de cuidar. Como afirma Boff (2012, p. 13,14).

ser espiritual é despertar a dimensão mais profunda que está em nós, que nos torna sensíveis à solidariedade, à cooperação, à compaixão, à fraternidade universal, à justiça para com todos, à veneração e ao amor incondicional. E controlar seus contrários (...).

Ainda nos diz; “a espiritualidade nos tira da solidão, perdida no mundo e sem raízes, sem saber a quem pertencemos nem para onde vamos (...).

A cliente YZA remete em sua primeira fala sua espiritualidade, quando abordado sobre seu conhecimento a respeito da doença, responde: “primeiro lugar eu tenho a minha fé”, “então entreguei a muito tempo a minha vida à Ele”. GHI relata que apresentou alterações na vida religiosa: “não só no católico, no plano espiritual.”, “você passa a ficar mais sensível.”

Esses clientes são ricos de domínios que envolve emoções diversas, e nós enfermeiros estamos preparados para o racional e não o emocional, precisamos aprender mais a captar os signos e propor cuidados para situações que não são concretas, percebidas ou mensuradas.

Os sentidos aqui colocados nos indicam que o processo de cuidar não é unânime e nem coletivo, os significados são únicos para cada um deles, quem cuida e para quem é cuidado.

### 3- SÍNTESE ESQUEMÁTICA DA PESQUISA

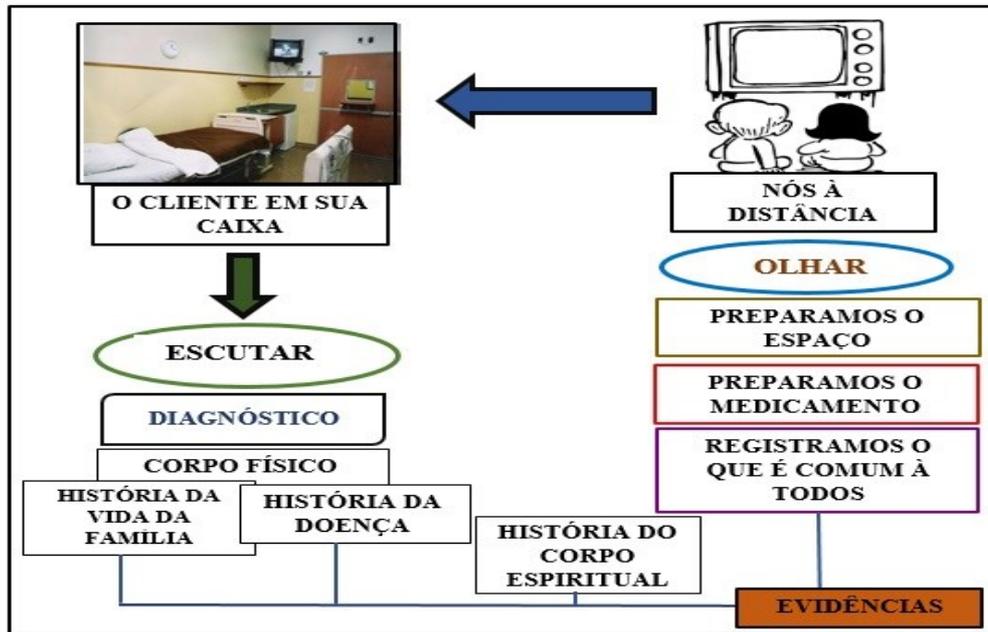
Após análise dos dados e diagnósticos do cliente da pesquisa chegamos a síntese em forma de esquema/desenho, denominado Evidências versus estratégia de cuidar. Como subproduto do trabalho desenvolvi um desenho para melhor compreensão visual de quem é este cliente. A ideia surgiu para utilização desse esquema por qualquer profissional da enfermagem com intenção de compreensão do trabalho necessário a ser desenvolvido nos cuidados de nossa profissão ao usuário em questão.

Ao receber o diagnóstico que realizará a terapia com o material radiativo Lutécio<sup>177</sup>, este cliente inicia sua primeira sessão no ambulatório, entretanto é acomodado em um quarto terapêutico com portas e paredes chumbadas, separado de seu companheiro de quarto por um biombo também chumbado e neste isolamento inicia a terapia sem a presença constante de qualquer profissional da saúde que apenas entra no ambiente em casos de intercorrências. Anteriormente, minutos antes de iniciar a terapia, ele recebe todas as informações sobre o tratamento bem como sobre os cuidados de radioproteção. O quarto é devidamente preparado para o tratamento, seu corpo também, com punção venosa e administração de medicamentos para evitar efeitos colaterais decorrentes da terapia. Dessa forma sua independência é imposta e seu comportamento analisado através da imagem gerada pela câmera existente no quarto e visualizado na televisão situada no posto de enfermagem para este fim. Cabe a equipe de enfermagem além do preparo do cliente e administração das medicações, o olhar criterioso em busca de qualquer anormalidade decorrente do tratamento neste período de confinamento, importante e necessário é o registro do julgamento e raciocínio clínico, para documentação de sua ação. Também temos refletido sobre a importância de antes de iniciar o tratamento saber se o cliente se encontra confortável em relação a sua higiene ou se necessita tomar um banho, é um cuidado social que faz parte de nossa terapêutica com o intuito de deixá-lo confortável e relaxado.

A escuta ativa e sensível também é necessária para captar as queixas do corpo físico, assim como sua história familiar, social, emocional e espiritual, dessa forma atingir claramente o julgamento das reações desse cliente frente aos problemas reais e potenciais de agravo à saúde, ou seja, os diagnósticos de enfermagem.

A união desta ação de olhar e escutar nos remete as evidências desse cliente, resumida no esquema a seguir.

Figura 10: Evidências



Fluxo elaborado por: PalhotaMenezes e Figueiredo, 2019

As evidências nos levam a um perfil comum dessa clientela, que nesta pesquisa são portadores de uma doença metastática ou em progressão, se encontram na luta pela busca da saúde por um período que varia de 1 a 6 anos, são adultos ou no início da terceira idade, porém encontravam-se na fase ativa, ainda produtiva, interrompida pelos problemas físicos decorrentes da doença. Todos com proposta de tratamento de última linha a princípio, com um radiofármaco que ao ser administrado por via endovenosa, em acessos frágeis, os tornam fontes radioativas, sendo necessário o isolamento em uma caixa-quarto durante um período de pelo menos 6 horas.

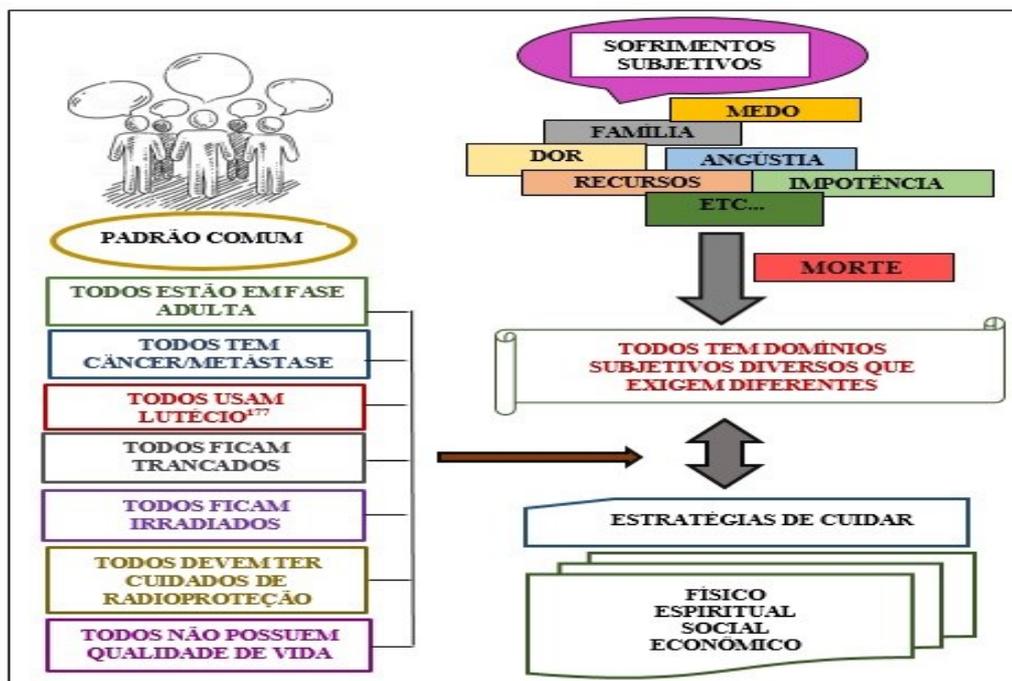
Este afastamento do contato com os entes queridos se torna necessário por ao menos uma semana, período que permanece liberando energia. Isto significa ter entendimento e disposição para as mudanças em sua rotina devido a necessidade de manter os cuidados de radioproteção, necessários para proteção de seus familiares, amigos, vizinhos, profissionais e comunidade. Pode resultar em exclusão social, iniciado por ele próprio ao se sentir culpado ou mesmo pela falta de entendimento de quem está ao redor.

Ao analisarmos sua definição de qualidade de vida, a maioria se considera sem atingir este propósito, pois não possuem saúde ou não são ativos e/ou independentes de cuidado diversos. Que inicia com cuidado de enfermagem, da família, do trabalho, comunidade. Apesar do sofrimento físico visualizado, sentido e focado pela equipe multiprofissional, não é

a queixa principal deste cliente, seus problemas estão na ordem do subjetivo, de difícil quantificação, porém relatado por todos. A preocupação circula pelo medo, ansiedade, depressão, impotência, inatividade, dor variada (da perda, do afastamento familiar, da exclusão...), pela falta de recursos financeiro e principalmente pelo percepção da proximidade da morte, mesmo quando esta se mostra distante, o pensamento já circulou por esse distrito sombrio.

A existência de diversos domínios subjetivos, que surgem sozinho ou em conjunto, com reações variadas, porém apresentados por todos e entendendo cada ser humano como único, nos remete a estratégias de cuidar diferenciada e individualizada. As necessidades físicas, espirituais, sociais, econômicas, necessitam de atendimento e fazem parte da tática do cuidar, visualizada no esquema abaixo.

Figura 11: Estratégia do Cuidar



Fluxo elaborado por: PalhotaMenezes e Figueiredo, 2019

Embora as ações devam ser individualizadas e direcionadas aos clientes, uma abordagem geral foi esquematizada como proposta para o desenvolvimento de qualquer serviço que busque atender as necessidades deste perfil de usuários. O intuito é a qualificação da sistematização da assistência prestada, além de oferecer para todos que se interessem pelo tema uma imagem geral de quem é esse cliente.

Figura 12: Ações/ atos de cuidados na sistematização.



Fluxo elaborado por: PalhotaMenezes e Figueiredo, 2019

Decidimos por enumerar as ações de cuidados com o objetivo de um check-list e não para ter uma ordem a ser seguida, facilitando ao final da consulta o atendimento sem o esquecimento de algum item. Por se tratar de pessoas com alterações de âmbito subjetivo é indicado uma qualificação do profissional para o entendimento e abordagem desses aspectos, inclusive iniciando pela análise subjetiva da vida do próprio cuidador, que precisa do enfrentamento e conhecimento de suas emoções primeiramente, para então, ser capaz de cuidar de outros. É necessário ainda o aperfeiçoamento contínuo sobre a doença, tratamento e cuidados de radioproteção, para a assistência qualificada. Para este fim, acreditamos no treinamento em serviço com capacitação dos profissionais, (1) uma das metas da Instituição da pesquisa e do COFEN. Nesta finalidade, o programa de educação continuada faz-se indispensável para um melhor desenvolvimento dentro das instituições, com amplo planejamento no setor de recursos humanos. É a transformação da prática, centrada na educação do profissional em especial na sistematização para o atendimento e abordagem desses clientes.

Peixoto (2013) diz que Educação continuada é um ponto/ação importante e decisivo da qualidade de assistência de enfermagem, e a define como um processo de atualização técnico-científica contínuo, sobre sistematização, que oferece ao profissional a reflexão da profissão, e de suas práticas, que promove o desenvolvimento pessoal e eleva a autoestima, permitindo a experimentação da autonomia do cliente e do desempenho profissional. O autor completa afirmando que a educação continuada leva a melhora do relacionamento cliente, família e equipe, bem como uma maior compreensão da doença, justificado na aquisição de conhecimento, despertando dessa forma o autoconhecimento no profissional.

Finalizando, no processo de implantação da SAE, ressalta-se a importância da sensibilização, da capacitação científica e do comprometimento ético dos profissionais. Nesse sentido, evidencia-se a importância da educação continuada para Enfermeiros, apontada por Silva e col. (2009) como mecanismo pelo qual pode-se alcançar a mudança de comportamento.

Seguindo as orientações do COFEN (2009), quando aborda que a finalidade da implantação da SAE nas instituições de saúde do Brasil é a de organizar o trabalho profissional quanto ao método, pessoas e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem. Identificamos a necessidade de desenvolver e organizar os instrumentos que padronizam as condutas e procedimentos de protocolos com respaldo legal/jurídico<sup>6</sup> e científico.

El Hetti (2013, P. 979) comenta que:

protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Trata da padronização das normas e rotinas assistenciais, administrativas e específicas da equipe de enfermagem. Desenvolver os Procedimentos Operacionais Padrão<sup>7</sup> (POPs) (2) torna a assistência qualificada, por conferir cientificidade a ação padrão, reduzindo o tempo de atendimento, aumentando a eficiência e diminuindo o risco de erros. São fatores fundamentais quando diz respeito ao atendimento humanizado, principalmente por se tratar de uma clientela ainda pouco conhecida.

Pela evidência de resistência ao aprendizado à novos conhecimentos no que se refere a doença e tratamento, surge a proposta de persuasão, de convencimento do cliente sobre a importância do conhecimento em prol de lidar com os sintomas e efeitos diversos do tratamento. Fornecer orientação e entendimento da doença e tratamento (3).

---

<sup>6</sup> Uma Enfermagem Forense - A ciência forense trata de quaisquer assuntos relacionados à lei perante o Tribunal de Justiça.

<sup>7</sup> Definição de Padrão segundo o dicionário online de Português: Norma determinada e aprovada consensualmente pela maioria, ou por uma autoridade, que é usada como base para estabelecer uma comparação /Aquilo que serve para ser imitado como modelo; protótipo.

Da mesma forma a busca pela espiritualidade no sentido de atingir a paz espiritual através da realização de tarefas simples, do lazer, da inclusão social como família e até mesmo na comunidade. (4)

Buscar a integralidade da assistência através da contra referência da rede SUS, (5) assim atender as necessidades econômicas, psicológica entre outras. Necessita de um trabalho em parceria com outras áreas, como o serviço social do hospital. Por hora, esta ação é de reflexão, a ser trabalhado em outro momento.

**Contribuições da pesquisa:** O processo de análise para resolução dos problemas emergentes da pesquisa gerou um cuidado qualificado e científico com a produção acadêmica de três materiais, classificados como T3, por envolverem a produção de técnicas e o uso de tecnologia voltado para o para o cuidado, estão mostrados e discutidos no esquema abaixo.

Figura 13: Contribuições do estudo – Janelas do Lutécio<sup>177</sup>



Elaborado por: PalhotaMenezes e Figueiredo, 2019

A- Implementar um sistema através de imagens relaxantes e agradáveis na televisão existente no quarto, a fim de que seus pensamentos, medos, aflições sejam desviadas do soro e da medicação irradiante durante o tratamento, sabendo que estão em um momento de estresse causados pela doença e terapia. Nos respaldamos em diversos autores que defendem positivamente esta opção terapêutica.

Bara Filho (2002) define estresse como um desequilíbrio entre a demanda e a capacidade, física e ou psíquica, com importantes resultados ao não suprir essa questão. O organismo responde com maior liberação de hormônios glicocorticóides, tal como o cortisol, pela glândula suprarrenal. O alto nível no organismo, reflete a situações de perda de controle, depressão e, principalmente, estresse negativo. Por outro lado menor liberação, com níveis normais de cortisol significa maior autocontrole, previsibilidade de ação e motivação prazerosa na tarefa.

A Psiconeuroimunologia trata da interligação dos sistemas psíquico, neuroendócrino e imunológico (Muller 2009) e tem ajudado no entendimento das técnicas de relaxamento e visualização na Psicologia da Saúde. Apresenta na atualidade diversos estudos que comprovam o seu uso no cuidado com o cliente. Mostram que as terapias de relaxamento empregando imagens em vídeos, músicas e palavras positivas reduzem a ativação do sistema nervoso central. Primo (2011) cita pesquisas evidenciando aumento de Imunoglobulinas do tipo A salivar (Ig A), por indivíduos, após assistirem vídeos de humor, não ocorrendo após verem vídeos didáticos.

Salvadori (2008) relata que o relaxamento leva a efeitos fisiológicas como diminuição do pulso, pressão arterial, respiração, tensão muscular, metabolismo entre outros; manifestações cognitivas como concentração aumentada e melhor receptividade as sugestões positivas.

Definido por Elias (2003, p. 93), a psicoterapia atua para:

...desfocar o pensamento do paciente dos medos, das angústias e das culpas específicas à situação da morte e do morrer. Focá-lo em estados mentais de serenidade, tranquilidade, beleza e paz, com o objetivo final de recuperar a homeostase psicológica, visto que a homeostase física não é possível de ser recuperada neste momento.

O mesmo autor afirma que visualizar é abstrair-se da realidade externa e imaginar. E cita vários métodos, como: dissociação, onde o cliente foca o pensamento em um espaço e tempo diferente do real; sugestão indireta, quando o usuário é induzido a focar em imagens prazerosas, tranquilas e por último a sugestão indireta, através de afirmações por citação ou imagem que o ajudem a eliminar a dor, o medo e o sofrimento.

A hipótese de que o corpo terá melhor resposta à terapia, seja ela: medicamentosa ou não, curativa ou paliativa, quando receptivo à ela, nos despertou para a necessidade de deixar este ambiente mais positivo, tornando-o mais agradável. Surgiu assim, a ideia de desviar a mente

deste cliente da terapêutica com imagens relaxantes, respeitando os princípios de radioproteção, pois não haverá risco de contaminação, nem mesmo de radiação, já que o “contato” será apenas visual.

É uma técnica de baixo custo, simples, fácil de ser empregada e rápida, além de aproveitar tecnologias já utilizadas no ambiente terapêutico, como a televisão.

B- Aparelho para visão além do chumbo. O segundo produto é um instrumento eletrônico que facilite a visão do cliente sobre nós, quando estão dentro do quarto protegido por chumbo. A instalação de uma tecnologia, que apresente seu visor dentro do quarto terapêutico, utilizando uma câmera externa com foco no posto de enfermagem de forma que o cliente possa perceber a presença do profissional ao acionar o circuito, com possibilidade de comunicação verbal além da visual.

Visando a necessidade de desenvolver um cuidado interativo, onde cliente tem participação ativa, propusemos a instalação de um instrumento eletrônico com o propósito de melhorar a comunicação e visualização cliente- profissional, apesar do isolamento. Gomes (2011) define que este cuidado requer uma relação participativa, pautada na perspectiva da integralidade, que centra o cuidado na complexidade histórica deste ser humano, insere a subjetividade, percebe as diferenças, incorpora os princípios éticos, valoriza a comunicação dialogada e promove a autonomia. O autor acima acredita que apesar da fragilidade vivida pelo cliente neste momento, é importante desmistificar o profissional como salvador. Dessa forma, este aparelho eletrônico se torna um canal aberto, visual e verbal, facilitando a autonomia do cliente, na conquista do seu espaço, na tomada de decisão, na troca de informações, até mesmo, na solicitação de ajuda. O que a torna uma tecnologia fundamental para o papel do usuário na parceria que constitui a sistematização do cuidado.

A proposta de um novo instrumento/modelo de atenção, acreditando na definição de Boff (1999, pg.91) no que se refere ao trabalho profissional versus a ética do cuidado, como:

uma atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro<sup>8</sup> (...) de responsabilização, preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro e se instaura numa relação de sujeito-sujeito, não de domínio sobre, mas de com-vivência, pois cuidar das pessoas implica intimidade, senti-las, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso.

---

<sup>8</sup> O outro que está dentro de um quarto.

E incluso neste modelo a teoria ambientalista onde o espaço físico e os objetos que o compõe são um constructo social, demarcando a identidade do cliente e o poder exercido por ele no ambiente. É necessário a busca pela autonomia e por um espaço personalizado revelando o nível de empoderamento e influência do usuário, conforme cita Porchet (2012).

Dessa forma buscamos uma atuação interativa, considerando os aspectos psicológicos, sociais, emocionais, subjetivos, vividos neste ambiente, acreditando que a utilização desses fatores interfiram diretamente no processo de cuidar, trazendo bem – estar, auxiliando na recuperação, no entendimento e relacionamento profissional-cliente.

Uma inovação tecnológica para a redução de possível ansiedade no isolamento do tratamento com o radiofármaco Lutécio<sup>177</sup>. Enumeramos diversas vantagens trazidas por esse aparato tecnológico – Visão além das portas, como aquele que vai proporcionar à distância: conforto, segurança (porque agora, ele além de saber pode visualizar que a enfermagem está a todo instante do lado de fora), comunicação eficaz, acalanto no sentido de tranquilidade, de acalantar as esperanças, entre outros. O intuito é de informar que ele está sob permanente vigília da enfermagem. É uma companhia, diminuindo sua solidão no confinamento ao fornecer a ele a possibilidade, quando necessária ou desejada, de um contato com a área externa, seja para a comunicação, visualização ou apenas para acalmar o coração. Saber que se necessário há possibilidade da troca de informação, é manter as “portas” abertas, mesmo quando fechadas, é “quebrar” a parede de chumbo.

Assim, estaremos utilizando a tecnologia de forma a diminuir a distância mesmo sem ocorrer a aproximação dos corpos, um princípio básico de radioproteção: tempo e distância, do Serviço de Medicina Nuclear, para redução da exposição do profissional ao meio. Vargas (2002), defende que utilizar tecnologias, mesmo as definidas como tecnologia dura, é considerado atualmente como fundamental para cuidar e assistir. Individualizar esse cuidado e garantir uma assistência qualificada torna esse profissional diferenciado ao buscar nas bases científicas a melhoria do serviço.

C- Consulta de Enfermagem - A terceira contribuição da pesquisa é a implementação da consulta de enfermagem para seguimento da SAE. Sabendo que o enfermeiro é observador, receptivo, resolutivo e criativo na busca de estratégias, idealizou-se colocar em prática esta ação privativa da categoria, conforme Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, nº 7498/86.

A Resolução do COFEN nº 358/2009, dispõe sobre a SAE e a implementação do processo de enfermagem (PE), definido como; instrumento metodológico que orienta o profissional de enfermagem e a documentação da prática e dispõe que o mesmo deve ocorrer em ambientes públicos ou privados no cuidado profissional. Enfatiza que o PE recebe a denominação de consulta de enfermagem (CE), quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde. Dessa forma classificamos o a realização do PE no ambulatório de um hospital da rede pública especializado no atendimento à clientes portadores de TNE, em uso de Lutécio<sup>177</sup>, como CE.

A mesma deverá ser realizada em cinco etapas: histórico (coleta de dados), diagnóstico, planejamento, intervenção e avaliação de enfermagem. A resolução considera ainda, o diagnóstico de enfermagem, função exclusiva do enfermeiro.

Dantas (2016) aborda que embora a CE seja um instrumento de grande relevância para a prática profissional, ainda não é utilizada em sua íntegra pela enfermagem brasileira como tecnologia para o cuidado qualificado e científico. A sua aplicação exige qualificação permanente para desenvolver e aplicar o raciocínio clínico, bem como o diagnóstico de enfermagem, definido como, julgamento clínico à resposta do cliente frente a um problema de saúde.

Como princípio fundamental para desenvolver o raciocínio clínico e realizar as etapas necessárias da CE, dispomos da comunicação, uma tecnologia fundamental a disposição da equipe de saúde para uma assistência, voltada ao cliente, família e comunidade. Segundo Carvalho (2012), além de aproximar, a comunicação permite a interação entre os seres humanos, através da expressão dos desejos e compartilhamento de conhecimentos. Para que haja uma eficácia nesta interação é necessário um meio de comunicação qualificado. O autor considera como entraves desta comunicação a dificuldade de criação de um vínculo entre as partes, sendo necessário que o profissional atue como parte ativa do processo e não apenas como arquivo de informações do cliente. Outro entrave citado é a falta de especificidade na informação, onde a comunicação em massa leva a resultados mais modestos a longo prazo, pois não se adequam as necessidades específicas do usuário envolvido na comunicação. Desta forma priorizamos a CE com horário definido, objetivando entre outros a comunicação humanizada e efetiva.

Importante citar a percepção do usuário frente as estratégias de ações. Maranhã (2017) destaca em seu estudo que a visão do profissional de enfermagem pelo cliente é positiva,

ressaltam a presença de um vínculo entre as partes, com aprofundamento de suas conversas, relatam ainda, que se sentem à vontade para expor as dúvidas e necessidades.

Dessa forma, a CE será realizada no consultório de enfermagem, com horário reservado para ouvir este cliente, na intenção de identificar os problemas objetivos e subjetivos, com realização dos diagnósticos de enfermagem. Certa de que implementar o diagnóstico de enfermagem aperfeiçoa a qualidade da assistência prestada; desde o respeito profissional, até a garantia de uma documentação consistente que represente nosso julgamento clínico. Utilizaremos para isso, uma linguagem padrão que descreva e codifique nosso conhecimento.

É proposta da consulta, a apresentação e visita do quarto terapêutico, para que este cliente se familiarize com o meio onde ficará boa parte do tempo, pois consideramos a necessidade de recuperar o sentido do lugar, citado por Minayo (2002) como:

o espaço organizado para a análise e intervenção, buscando identificar, em cada situação específica, as relações entre as condições de saúde e seus determinantes culturais, sociais e ambientais, dentro de ecossistemas modificados pelo trabalho e pela intervenção humana. (MINAYO, 2002: 181-182).

Geertz (1989) afirma que é ilusória a imagem da natureza humana constante, o homem está diretamente relacionado com o onde ele está, quem ele é e no que ele acredita. Para o autor, as atitudes e comportamentos adotados estão intimamente relacionados com o ambiente em que se encontra, o qual define como o pátio familiar, sendo este o seu ambiente natural na perspectiva da cultura.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudar estes clientes, com a assertiva, epistemologicamente equivocada de que o maior interesse e importância centrava-se no Câncer x Lutécio<sup>177</sup> como o último desafio entre cura e morte foi uma “surpresa” não imaginada.

Descobrimo-nos ainda frágeis nos registros e cientes da necessidade de um saber aprofundado sobre a doença, medicamento, terapia e suas consequências.

Descobrimos que os clientes estão doentes de outra doença de um “órgão” que não conhecemos seu funcionamento: alma/espírito cujos sintomas se misturam e se mascaram com a objetividade dos sinais e sintomas de seus corpos, e que os diagnósticos de enfermagem que fazemos estão a necessitar de revisão e de religação com os nossos clientes no plano concreto e subjetivo.

As conclusões as quais chegamos envolve qualificação e treinamento direcionado para estes clientes: Saber ouvir e olhar para detectar signos não só do físico, mas do espírito/alma. Saber compreender, para poder ajudar as diversas implicações de estar doente com possibilidades de morrer. Essa compreensão envolve estímulos para viver, que é também: enfrentar problemas; viver como cidadão independente da doença; é acreditar que pertence a alguém e a algum espaço; saber que ler, escrever, assistir são atividades de vida, é lazer. Entender que viver é sempre uma aventura; que é possível sonhar como terapia, medicamento para o espírito/alma.

Pensar sobre a morte pode nos ensinar a viver, a nos apaixonar por coisas simples, e a fazer escolhas. Estar doente é um desafio a ser superado e que isso não é certeza absoluta de viver ou morrer. A única certeza que temos na vida é a que vamos morrer um dia, e por vezes estamos mortos em vida. Afinal o mundo em que vivemos, a sociedade a qual pertencemos, é muito mais cheia de riscos do que nossa vida comum. E finalmente que compreender o outro, clientes ou colegas é muito mais importante e a comunicação exige isso.

Descobrimos neste estudo que é necessário rever nossas competências sócio profissionais para olhar mais aprofundado para as competências existenciais para poder estar vivo, nós e eles. Provocar encontros que envolva “vida e terapia”, um espaço de tratar, sair do sobreviver para viver mesmo com desvios de saúde grave.

Deixar esse ambiente acolhedor, ter empatia pelo cliente, ao se colocar na posição de internação; respeitar a possibilidade da existência dos problemas, ter uma visão holística e humana da situação, analisando o grau de compreensão, entendimento e disponibilidade do cliente para as mudanças necessárias durante a internação, torna o atendimento profissional humanizado.

A continuidade deste estudo se faz necessária para aprofundamento e aprimoramento dos diagnósticos de enfermagem. Da mesma forma, a articulação com o sistema de contra referência para que eles possam ter o suporte social, psicológico próximo a sua residência, utilizando a rede. Desenvolver pesquisa buscando fatores que melhorem a aceitação do corpo no momento de receber o medicamento, são objetivos e metas dessa nova pesquisadora.

**REFERÊNCIAS:**

- ALIGOOD, M. R.; TOMEY, M. A. **Teorias de Enfermagem: utilização e aplicação**: 2.ed. St Louis: Mosby, 1999.
- ALMEIDA, C. P.; MOURA, J. M. **Núcleo de pesquisa de psicose (NUPP) da Escola Brasileira de Psicanálise (Coordenação Autônoma) Quinet**. Rio de Janeiro, 1997.
- BARA FILHO M. G. e colaboradores - **A redução dos níveis de cortisol sanguíneo através da técnica de relaxamento progressivo em nadadores** - Rev Bras Med Esporte \_ Vol. 8, Nº 4 – Jul/Ago, 2002.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Ed Revisado, Lisboa, Portugal. Edições 70, 2010.
- BECKER, H. **Método de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- BOFF, L. – **O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
- BOLNOW, O. F. **O Homem e o espaço**. Curitiba. Ed. UFPR, 2008.
- BORGES, E., & FERREIRA, T. - **Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (10), 37-42 (Dez.,2013)
- BRASIL Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino – serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro, 2002.
- CARVALHO B. G. C. de e MONTENEGRO L. C. - **Metodologias de Comunicação no Processo de Educação em Saúde** - R. Enferm. Cent. O. Min. 2012 mai/ago; 2(2):279-287
- CAVACO, D. C. **O valor da inovação: criar o futuro do sistema de saúde**. Coimbra: edições Almedina, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e outras providências. Brasília. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1461992-revogada-pela-resoluo-3472009\\_4237.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1461992-revogada-pela-resoluo-3472009_4237.html)
- COSTA A. F. E. e colaboradores. Tratamento de Tumores Neuroendócrinos por Medicina Nuclear: revisão sistemática da eficácia e segurança do radiofármaco DOTATATE-177LU. **Revista Interdisciplinar de Estudos Experimentais**, v. 6, n. único, p. 15-21, 2014
- DANTAS C. N. e colaboradores. **A Consulta de Enfermagem como Tecnologia do Cuidado à Luz dos Pensamentos de Bacon e Galimberti**. Texto Contexto Enferm, 2016; 25(1):e2800014
- ELIAS A. C. de A. - **Re-significação da Dor Simbólica da Morte: Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade** - Psicologia Ciência e Profissão, 2003, 21 (3),92-97.
- FERLA, A. A. et al. **Saúde Suplementar nas regiões Norte e Sul: estudos multicêntricos integrados sobre modelagem assistencial. Relatório de pesquisa**. P.A ed. UFRGS, 2009.

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais**. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático (pp.64-89). Petrópolis: Vozes.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

GOMES A. M. DE A. e colaboradores - **Cuidar e Ser Cuidado: Relação Terapêutica Interativa Profissional-Paciente na Humanização da Saúde** - Rev APS. 2011 out/dez; 14(4): 435-446

GUATTARI, F. **As três ecologias**. 21. ed. Campinas, SP Papyrus, 2012.

HERDMAN, T.; KAMITSURU, S. **Diagnosticos de enfermagem da nanda 2015-2017**. [s.l: s.n.].

KRISTEVA, J. **As novas doenças da alma**. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas, elaboração, análise e interpretação de dados**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LUDKE, M. ANDRÉ, M.E.D. **A Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1995.

MARANHA N. B. – **A consulta de enfermagem no cenário da atenção básica e a percepção dos usuários: revisão integrativa** - Academus Revista Científica da Saúde, v. 2, n. 1, jan./abr. 2017

MENDES, A. M. **Escuta e ressignificação do sofrimento: o uso de entrevista e análise categorial nas pesquisas em clínica do trabalho**. In Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho (Org.), Anais Eletrônicos do II Congresso de Psicologia Organizacional e do Trabalho. Brasília, DF. Retrieved May 06, 2006, from <http://www.sbpot.org.br/iicbpot/anais.asp>

MIKOLAJCZAK R., PARUA J.L., PAWLAK D., ZAKRZEWSKA, E.,MICHALAK, W.,SASINOWSKA, I. **Reactor produced 177Lu of specific activity and purity suitable for medical applications**. Journal of Radioanalytical and Nuclear Chemistry 2003; 257(1): 53-57

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80 p.

MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. de. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MIRA Y LOPEZ, E. - **Quatro gigantes da alma – o medo, a ira, o amor, o dever**. Tradução de Cláudio A. Silva, 19. ed. Rio de Janeiro, 1998.

MULLER, M. C. e colaboradores - **Técnicas de Relaxamento e Visualização na Psicologia da Saúde** - Revista de Psicologia da IMED, vol. 1,n. 1, p. 24- 33, 2009.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA, definições e classificação 2015-2017**. Porto Alegre. 10. ed. Artmed, 2015.

NEEDLEMAN, J. **O coração da Filosofia**. São Paulo: Palas Athena, 1991.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

PEIXOTO L. S. e colaboradores. **Educação permanente, continuada e em serviço: desvendando seus conceitos**. Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de Enfermería. nº29. Janeiro 2013. ISSN 1695-6141. [www.um.es/eglobal](http://www.um.es/eglobal).

POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORCHET T. C. e SILVA M. J. P.da - **Fatores ambientais como coadjuvantes na comunicação e no cuidar do idoso hospitalizado** - Rev Bras Enferm, Brasília 2012 mai-jun; 65(3): 488-94.

RESOLUÇÃO COFEN-358/2009 Dispõe sobre a Sistematização e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado do profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em [http://www.cofen.gov.br?resoluco-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br?resoluco-cofen-3582009_4384.html).

REVISTA ONCO & ANO VI – Ed 30 – França – Martha S. J. pg 15 e 16 – [www.revistaonco.com.br](http://www.revistaonco.com.br)

SALVADORI M. e colaboradores - **Emprego do Relaxamento para Alívio da Dor em Oncologia** - Rev. RENE. Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 120-128, jan./mar.2008- ISSN: 1517-3852 [rene@ufc.br](mailto:rene@ufc.br) Universidade Federal do Ceará – Brasil.

SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidades, questões, soluções**. São Paulo. Atheneu, 2004, 542 p.

SILVA C. M. C. e colaboradores. **Diagnósticos de enfermagem como instrumentos em la formación del enfermero: una revisión de la literatura**. EnfermGlob. 2009;(17):1-12.

SOUZA FILHO, P. G. - **Introdução aos métodos de relaxamento**. In: **Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro de Psicoterapias Corporais, XIV, IX, 2009**. Anais. Curitiba; Centro Reichiano, 2009. [ISBN-978-85-87691-16-3]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos)

SOUZA L. P. M. DE e colaboradores - **Técnicas de relaxamento no contexto da psicoterapia de pacientes com queixas de dor crônica e fibromialgia – uma proposta.** Acta Fisiátrica 7(2): 56-60, 2000.

TANNURE, M. C.; GONÇALVES, A. M. P. SAE – **Sistematização da Assistência de Enfermagem– Guia Prático.** Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2008.

ZAKNUN J.J., BODEI L., KWEKKEBOOM D.J., et al. The joint IAEA, EANM, and SNMMI **Practical guidance on peptide receptor radionuclide therapy (PRRNT) in neuroendocrine tumours.** European Journal of Nuclear Medicineand Molecular Imaging 2013; 40 (5): 800-816

**ANEXO 1**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP - UNIRIO**

UNIRIO - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO ESTADO DO RIO  
DE JANEIRO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - Implementação da Consulta de Enfermagem no Serviço de Medicina Nuclear para o tratamento com radiofármaco Lutécio 177

**Pesquisador:** CLAUDIA MARIA TEIXEIRA PALHOTA MENEZES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 97969118.1.0000.5285

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.920.930

**Apresentação do Projeto:**

Pesquisa qualitativa de mestrado profissional que busca implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no setor de Medicina Nuclear, tendo em vista construir um instrumento para implementação da consulta de enfermagem nesse setor e na utilização da terapia de tratamento com Lutécio 177. Associando a tríade "cliente-tratamento-espaco" como norteadores da SAE e da teoria Nightingaliana, o estudo almeja sistematizar a qualidade do atendimento em relação a segurança e conforto. O cenário deste estudo será o setor de Medicina Nuclear do INCA. O estudo envolve os clientes em tratamento e os enfermeira(o)s responsáveis pela SAE. Para o critério de inclusão será utilizada a amostragem intencional, que define o grupo social mais relevante para as entrevistas. Será realizada Coleta de dados em prontuários no período de 2016 até 2017, através das evoluções de Enfermagem de todos os clientes que realizaram de 1 à 4 sessões de Terapia com Lutécio 177, com o intuito de buscar indicadores que possam levar à sistematização da prática de enfermagem. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas na íntegra e posteriormente transcritas com objetivo de avaliar o cliente nos três momentos indicados abaixo: ANTES, DURANTE E APÓS TERAPÊUTICA.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo primário: "Propor uma SAE para o setor de Medicina Nuclear que considere uma metodologia inter-espacial dentro do hospital do estudo e específica para clientes, família e

**Endereço:** Av. Pasteur, 296

**Bairro:** Urca

**CEP:** 22.290-240

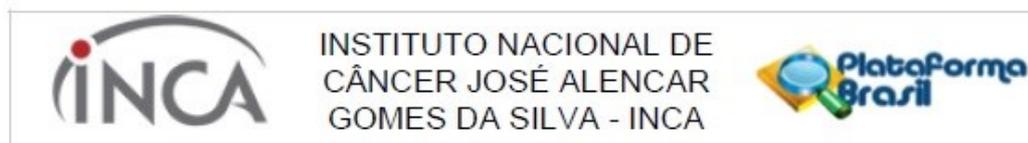
**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2542-7796

**E-mail:** cep.unirio09@gmail.com

**ANEXO 2**  
**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – INCA (COM EXIGÊNCIA)**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - Implementação da Consulta de Enfermagem no Serviço de Medicina Nuclear para o tratamento com radiofármaco Lutécio 177

**Pesquisador:** CLAUDIA MARIA TEIXEIRA PALHOTA MENEZES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 97969118.1.3001.5274

**Instituição Proponente:** Hospital do Câncer I

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.965.021

**Apresentação do Projeto:**

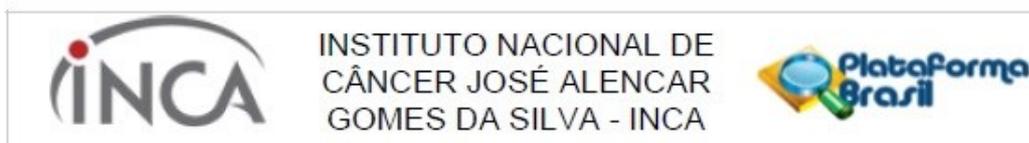
**INTRODUÇÃO:**

Quando iniciei minhas atividades na área de enfermagem, ainda como residente em 1994, sempre tive a preocupação de desenvolver o meu trabalho baseado em uma organização e um planejamento nos quais eu pudesse atingir meus objetivos na assistência desempenhada. Na graduação, já se ouvia falar sobre o processo de enfermagem porém ainda de maneira incipiente. Somente na década de 90, a preocupação com essa temática se tornou mais contundente ao ponto de despertar a necessidade para este saber. No ano de 1996, fui aprovada no concurso público para um hospital de referência no tratamento do câncer, no município do Rio de Janeiro, onde mesmo sem ter sido oficialmente implantado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), já sentia a necessidade de planejar os meus cuidados assistenciais, baseado no histórico do paciente, identificando seus problemas de saúde, traçando o plano de cuidados e posteriormente avaliando o resultado. Desempenhei minha prática assistencial desde então, com adultos na enfermaria de neurocirurgia e tórax e também no centro de tratamento intensivo adulto (CTI), implementando a assistência de enfermagem mesmo sem ter sustentação científica, posteriormente compreendi o que seria de fato, a Sistematização da Assistência de Enfermagem. A partir de então, procurei me aprofundar sobre esta temática por intermédio de leituras, simpósios e palestras, que aguçaram ainda mais meu interesse pela SAE. No ano de 2004, a instituição em

**Endereço:** RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 20.231-092  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)3207-4550 **Fax:** (21)3207-4556 **E-mail:** cep@inca.gov.br

## ANEXO 3

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – INCA (COM APROVAÇÃO)



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - Implementação da Consulta de Enfermagem no Serviço de Medicina Nuclear para o tratamento com radiofármaco Lutécio 177

**Pesquisador:** CLAUDIA MARIA TEIXEIRA PALHOTA MENEZES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 97969118.1.3001.5274

**Instituição Proponente:** Hospital do Câncer I

**Patrocinador Principal:** FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.014.440

**Apresentação do Projeto:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP/INCA Nº 2965021 de 16/10/2018.

**Objetivo da Pesquisa:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP/INCA Nº 2965021 de 16/10/2018.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP/INCA Nº 2965021 de 16/10/2018.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP/INCA Nº 2965021 de 16/10/2018.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Conforme descrito no Parecer Consubstanciado CEP/INCA Nº 2965021 de 16/10/2018.

**Recomendações:**

Sem Recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Quanto ao Projeto de Pesquisa (documentos "PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1186557.pdf" e "Projeto\_detalhado.pdf"):

PENDÊNCIA 1.1. Por tratar-se de pesquisa de natureza qualitativa não há teste de hipótese.

Endereço: RUA DO RESENDE, 128 - SALA 203  
 Bairro: CENTRO CEP: 20.231-092  
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
 Telefone: (21)3207-4550 Fax: (21)3207-4556 E-mail: cep@inca.gov.br

**APÊNDICE A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE**  
**MEDICINA NUCLEAR PARA O TRATAMENTO COM RADIOFÁRMACO <sup>177</sup>**  
**LUTÉCIO – COM VISTA À SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE**  
**ENFERMAGEM**

Nome do Voluntário: \_\_\_\_\_

Prezado (a)

Você está sendo convidada a participar, voluntariamente, de uma entrevista a ser prestada à enfermeira Claudia Maria Teixeira Palhota Menezes, para a construção da pesquisa relativa á dissertação de Mestrado, junto ao programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO.

A pesquisa tem como objetivo geral: Implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem no setor de Medicina Nuclear; Construir um instrumento para implementação da consulta de enfermagem no setor de medicina nuclear na utilização da terapia de tratamento com Lutécio.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO**

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do cenário do estudo, será feita a aproximação e um convite para que os pacientes participem do estudo. Serão apresentados os objetivos e com a concordância dos mesmos será solicitado à assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e preenchido o formulário de caracterização dos sujeitos, pela pesquisadora. A segunda fase será feita em data pré-determinada de acordo com consulta agendada. As falas serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. A análise dos dados será feita com base na análise temática.

Os pacientes poderão solicitar cópia ou original da gravação, solicitar que sejam retirados trechos que considerar não desejáveis e, finalmente, impedir sua divulgação, sem que isso represente qualquer prejuízo para o seu tratamento.

## **RISCOS**

O seu tratamento será exatamente o mesmo caso você participe ou não deste estudo. O presente estudo poderá oferecer riscos, no que concernem as emoções e sentimentos que podem vir aflorar durante as entrevistas.

## **BENEFÍCIOS**

Os dados obtidos permitirão o planejamento de uma assistência de enfermagem pautada no conhecimento científico, oferecerá maior qualidade da assistência e segurança ao paciente durante o tratamento proposto.

## **ACOMPANHAMENTO, ASSISTÊNCIA E RESPONSÁVEIS**

Como o estudo tem o formulário de caracterização dos participantes devidamente preenchido pela pesquisadora, haverá possibilidade de contato telefônico e agendamentos caso seja necessário sob-responsabilidade da pesquisadora, durante todo o estudo.

## **CARÁTER CONFIDENCIAL DOS REGISTROS**

Além da equipe os registros médicos poderão ser consultados pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer (CEP-INCA) e equipe de pesquisadores envolvidos. Seu nome não será revelado ainda que suas informações sejam utilizadas para propósitos educativos ou de publicação, que ocorrerão independentemente dos resultados obtidos.

## **ASSISTÊNCIA EM CASO DE DANOS**

Caso necessário, ao final da entrevista será oferecido aos pacientes um tempo para consulta quanto à necessidade de esclarecimento de questões evidenciadas e que fiquem sem entendimento. Se houver necessidade o paciente será encaminhado para um psicólogo e esta poderá ser excluído da pesquisa, dependendo da situação e momento da pesquisa.

## **CUSTOS**

Não haverá qualquer custo ou forma de pagamento para os sujeitos pela sua participação no estudo. O estudo estará respeitando a disponibilidade de tempo e o período em que os pacientes estão em tratamento.

## **BASES DA PARTICIPAÇÃO**

É importante que você saiba que a sua participação neste estudo é completamente voluntária e que você pode recusar-se a participar ou interromper sua participação a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você têm direito. Em caso de você decidir interromper sua participação no estudo, os seus dados serão imediatamente descartados.

## **GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS**

Nós estimulamos a você a fazer perguntas a qualquer momento do estudo. Neste caso, por favor, ligue para a **Enfermeira Claudia Maria Teixeira Palhota Menezes** no telefone (21) 32071065; (21) 987561970. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante do estudo também pode contar com um contato imparcial, do CEP-INCA, situado à Rua do Resende, 128 - sala 203, Centro - Rio de Janeiro – RJ, telefones (21) 3207-4550 ou (21) 3207-4556, ou também pelo e-mail: [cep@inca.gov.br](mailto:cep@inca.gov.br).

Li as informações acima e entendi o propósito deste estudo assim como os benefícios e riscos potenciais da participação no mesmo. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar neste estudo. Entendo que não receberei compensação monetária por minha participação neste estudo. Eu recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa      dia   mês   ano

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Assinatura de Testemunha, se necessário      dia   mês   ano

\_\_\_\_\_  
Nome da Testemunha, se necessário.

**APÊNDICE B****TABELA DE CUSTOS**

<b>DESPESA</b>	<b>VALOR</b>	
	<b>1º ANO</b>	<b>2º ANO</b>
Participação em eventos científicos	3.899,75	4.431,37
Material de Consumo (Material de Escritório, Cartucho para impressora, Tonner, entre outros)	849,35	515,72
Serviço pessoa física – auxiliar de pesquisa	294,7	2.547,50
Material de limpeza e conservação de laboratório	4	75,76
Serviços gráficos	79,11	708,28
Serviço pessoa jurídica (serviços de instalação de materiais, inscrição em eventos científicos, auxílio na publicação de trabalhos científicos e tradução de trabalhos científicos)	296,75	9.022,59
Serviço de processamento de dados	372,75	107,5
Serviço pessoa jurídica - postagem	12,82	38,47
Manutenção, recuperação e reposição de equipamentos	1.571,00	-

**APÊNDICE C****ROTEIRO PARA PESQUISA EM PRONTUÁRIO**

1- Pseudônimo:

2- Data da internação:

3- N° da sessão terapêutica com Lutécio: 1º, 2º, 3º ou 4º.

4- Relato do cliente (alergia, comorbidade, medicações de uso...).

Sim: Quais?

Não

5- Visão da enfermagem (exame físico...)

Sim: Quais?

Não

6- Diagnóstico de enfermagem.

Sim

Não

7- Qual foi a assistência de enfermagem realizada relatada?

a. Sinais Vitais: Sim Não

b. Orientação? Sim: Quais? Não

c. Analgesia: Sim Não

d. Antiemético: Sim Não

e. Punção acesso venoso. Sim Não

8- Intercorrências? Diagnóstico? Ações?

Sim

Não

**APÊNDICE D****FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

1. Data:
2. Pseudônimo:
3. Tempo de tratamento com Lutécio<sup>177</sup> e sessão:

OBS: Preencher apenas se for a primeira sessão, para as demais seguir para o instrumento II

4. Sexo:
5. Idade:
6. Escolaridade:
7. Capacidade de compreensão: baixa, média e alta (conforme percepção da pesquisadora).
8. Atuação profissional:
9. Estado Civil:
10. Constituição familiar:
11. Diagnóstico médico:
12. Tempo de tratamento da doença:
13. Residência possui saneamento básico:
14. Residência possui quarto e banheiro único:
15. Possui animais domésticos:
16. Religião / Crença:

**APÊNDICE E****ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Pseudônimo:

Data:

1. Qual o seu conhecimento a respeito da doença?
2. O que entende pelo seu tratamento?
3. Apresenta queixas físicas? Se sim, quais?
4. Em caso positivo, apresentou melhora dos sintomas com a progressão do tratamento?
5. Ocorreram mudanças em sua vida pessoal, social e familiar? Se sim, quais?
6. Teve e tem apoio da sua família?
7. Teve alterações na sua vida profissional?
8. Possui religião ou crença?
9. Teve alteração na sua vida espiritual?
10. Se julga com alterações emocionais? Se sim, quais?
11. O que você entende por qualidade de vida(QV)?
12. Considera ter QV? Por que?

**APÊNDICE F****ROTEIRO PARA AVALIAÇÃO DO AMBIENTE**

Pseudônimo:

Data:

1. Como foi ficar no quarto terapêutico durante as quatro horas do tratamento?
2. Como foi lidar com o acesso venoso, bomba de infusão, ir ao banheiro e se alimentar sem interromper a infusão da medicação.
3. Saber que existe uma câmera filmando o quarto durante sua presença lhe traz conforto ou desconforto?
4. O telefone lhe é suficiente para manter o contato com meio externo?
5. Considera ter recebido informações suficientes para manter o isolamento no quarto e em casa? Se sim, qual profissional lhe ofereceu as informações?

**APÊNDICE G****ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO CLIENTE**

Pseudônimo:

Data:

Profissional responsável pelo registro:

- 1- A equipe de enfermagem foi solicitada pelo cliente? Se sim, quantas vezes e quais os motivos?
- 2- Quantas vezes o cliente foi ao banheiro?
- 3- Necessitou de ajuda durante o uso do banheiro? Se sim, qual o motivo?
- 4- O cliente dormiu durante a terapia?
- 5- Aceitou a dieta oferecida? Se sim, total ou parcialmente?
- 6- O acesso venoso foi mantido durante a terapêutica ou foi necessário nova punção venosa?

## APÊNDICE H

## RESULTADO DA BUSCA DOCUMENTAL NOS PRONTUÁRIOS

ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS QUANTO AOS REGISTROS				Total
SESSÃO	1º/4		15	51
	2º/4		15	
	3º/4		12	
	4º/4		9	
RELATO DO CLIENTE	Sim	Alergia		19
		Comorbidades		24
		Medicações em uso		21
		Queda na residência		1
	Não			10
VISÃO DA ENFERMAGEM	Sim	Nível de consciência		24
		Mobilidade física		27
		Dieta		18
		Eliminações		29
		Rubor		2
		Edemas		7
		Fragilidade capilar		1
		Cansaço		2
		Taquicardia		1
		Acuidade auditiva		1
		Dor		11
		Ansiedade		2
	Não			5
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Sim			0
	Não			42
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	Sim	Sinais Vitais		22
		Orientação	Radioproteção	15
			Glicemia	1
			Medicações de uso	1
		Administração	Antiemético	14
			Aminoácido	24
			Lutécio	20
	Outros		0	
Punção Venosa		31		
Alta Hospitalar		3		
Não			0	
INTERCORRÊNCIAS	Sim	Hipertensão	3	5
		Dor	1	
		Extrav. Venoso	1	
	Ação	PA	2	
		Nova punção	1	
		EVA - analgesia	2	
Não			34	
SEM NENHUM REGISTRO				9

## APÊNDICE I

### COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PRIMEIRO ARTIGO – REVISTA EM FOCO

[ATUAL](#) [ANTERIORES](#) [PORTAL COFEN](#) [NOTÍCIAS](#) [AHEAD](#)  
[OF PRINT](#) [SUBMISSÃO ONLINE](#) [ÍNDICE](#) [QUEM SOMOS](#)

Eletrônico ISSN: 2357-707X  
 Impresso ISSN: 2177-4285



**Enfermagem**  
 em Foco  
 REVISTA OFICIAL DO CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM  
 CAPES QUALIS B2

---

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > **Submissões Ativas**

## Submissões Ativas

TAMANHO DE FONTE

---

**ATIVO** **ARQUIVO**

ID	MM-DD ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
2412	19-06	ART	Santos, Menezes, Springer, Paula,...	CAPACITAÇÃO DE ENFERMEIROS EM SISTEMATIZAÇÃO DA...	EM AVALIAÇÃO. REVISÕES REQUERIDAS

1 a 1 de 1 itens

**Iniciar nova submissão**

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

---

## Apointamentos

**TODOS** **NOVO** **PUBLICADO** **IGNORADO**

DATA DE INCLUSÃO	HITS	URL	ARTIGO	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO
Não há apontamentos.						

Eletrônico ISSN: 2357-707X  
 Impresso ISSN: 2177-4285


 Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional.

---

**USUÁRIO**

Logado como: **marciasantos**

- Perfil
- Sair do sistema

Índice h5 - Google

[Submissão Online](#)

[Orientação aos Autores](#)

[Quem somos?](#)

---

**INFORMAÇÕES**

- Para leitores
- Para Autores
- Para Bibliotecários

[Ajuda do sistema](#)

---

**NOTIFICAÇÕES**

- Visualizar
- Gerenciar

---

**AUTOR**

Submissões

- Ativo (1)
- Arquivo (0)
- Nova submissão

**APÊNDICE J****COMPROVANTE DE SUBMISSÃO SEGUNDO ARTIGO – REVISTA RECOM****Patricia Pinto Braga** <nao\_responder@ufsj.edu.br>

para eu ▾

Claudia Palhota Menezes Claudia Maria Teixeira Palhota Menezes,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "SAÚDE DO TRABALHADOR X EXPOSIÇÃO RADIOATIVA EM UM SERVIÇO PÚBLICO DE MEDICINA NUCLEAR" para Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:

<http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/author/submission/3533>

Login: palhotamenezes1234

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

