

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

JAQUELINE ALVES GLUSZCZUK

**A RESPONSABILIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES
PÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:
A óptica dos profissionais**

**Porto Alegre
2008**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

JAQUELINE ALVES GLUSZCZUK

**A RESPONSABILIDADE NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES
PÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA:
A óptica dos profissionais**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para de Conclusão de Curso e obtenção do Título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dra. Dulce Maria Nunes

**Porto Alegre
2008**

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe Janice pelo exemplo, por todo o amor, carinho e atenção que sempre me dedicou;

A meu pai Valdomiro pelo amor, amizade, pela segurança que me passa e por sempre me estimular a estudar;

A meu irmão Jackson, pelo grande companheirismo e pelo esforço que fez durante todo este ano para que eu chegasse em segurança nos estágios;

A meus avós, tios e primos pelo apoio que sempre me deram;

Ao meu namorado Anderson por tudo que representa para mim e pela paciência nos momentos em que mais precisei;

A todos os meus amigos pela força, pelo apoio nos momentos difíceis, e compreensão nos momentos em que estive ausente;

Às minhas amigas e irmãs Fran, Dê, Eve e Vandy pela grande amizade que construímos nestes quatro anos;

À minha professora orientadora Dulce Maria Nunes, pela paciência nos momentos de maior ansiedade;

Aos profissionais do Centro de Transplantes de Medula óssea, por possibilitarem a execução deste estudo;

RESUMO

Este estudo de natureza qualitativa exploratória descritiva buscou investigar a óptica dos profissionais de enfermagem de uma unidade especializada em Transplante de Medula Óssea acerca de sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes na fase de neutropenia pós Transplante. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2008 no Centro de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta coleta deu-se através de uma entrevista semi-estruturada realizada com dez profissionais, sendo cinco enfermeiros e cinco técnicos de enfermagem. Os depoimentos foram analisados segundo a metodologia proposta por Gil (2004). A redução dos dados originou três categorias: cuidados na prevenção de infecções, orientações, e importância do trabalho de enfermagem. Nota-se o elevado grau de responsabilidade e comprometimento assumidos pelos cuidadores, por considerarem que os bons resultados em Transplante de Medula Óssea dependem da qualidade do profissional nas diversas fases do procedimento. Citam a lavagem das mãos, cuidados com cateter venoso central, preparo de medicações e cuidados com o ambiente como a principal forma de prevenir infecções. Consideram fundamental orientações ao paciente como forma de manter a continuidade no cuidado após a alta. O estudo revela que a responsabilidade vai além das técnicas assépticas, mas também em manter a dignidade e integridade do paciente como um todo. Pela inexistência de trabalhos com esta abordagem, sugere-se maior atenção à óptica profissional, uma vez que este estudo aborda somente uma das fases desta terapêutica, deixando lacunas para novos trabalhos.

Descritores: Transplante de medula óssea, cuidados de enfermagem, neutropenia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	8
3 REFERENCIAL TEÓRICO	9
4 METODOLOGIA	13
4.1 Campo de estudo	13
4.2 Participantes do estudo	13
4.3 Aspectos éticos	14
4.4 Coleta de dados	15
4.5 Análise dos dados	15
5 RESULTADOS	16
5.1 Cuidados na prevenção de infecções	16
5.1.1 Lavagem de mãos	17
5.1.2 Cuidados com cateter venoso central	19
5.1.3 Preparo de medicamentos	21
5.1.4 cuidados com ambiente	22
5.2 Orientações	24
5.2.1 Trabalho com família e paciente	25
5.2.2 Trabalho com a equipe	28
5.3 Importância do trabalho da enfermagem- reflexões da equipe	31
5.3.1 Rigor nas técnicas	32
5.3.2 Cuidado pessoal	34
5.3.3 Aspectos emocionais	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	40
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS	43
ANEXO A- Aprovação da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA	44

1 INTRODUÇÃO

O Transplante de Medula Óssea (TMO) é uma modalidade de tratamento que vem sendo cada vez mais usada no tratamento de doenças hematológicas malignas e não-malignas, tumores sólidos e doenças genéticas e metabólicas, quando outros tratamentos não mais determinam um bom prognóstico (NAOUM et al, 2002). São realizados mais de 30000 Transplantes de Medula Óssea por ano em todo o mundo (FAGUNDO et al ,2004).

Este procedimento envolve a infusão endovenosa de células tronco retiradas da Medula Óssea de um doador compatível com o receptor, e infundidas neste receptor. A pessoa que irá receber a Medula deve ser previamente condicionada através do uso de altas dosagens de quimioterapia associadas ou não ao uso de radiação corporal total. A finalidade é restituir a integridade ao órgão hematopoético debilitado pela patologia (PASQUINI¹ apud MATSUBARA et al, 2007).

Entretanto, ao contrário do que grande parte das pessoas pensa, não é o Transplante em si o responsável pelo tratamento da doença de base. A patologia é tratada com uso das dosagens altas de quimioterapia e/ou radioterapia, responsáveis por atacar as células doentes, que se reproduzem numa velocidade descontrolada, assim como ocorre na maioria dos tratamentos contra o câncer. O diferencial é que, no caso dos candidatos a Transplante de Medula Óssea, as doses convencionais não oferecem o efeito desejado, sendo necessário o uso de dosagens mais altas para a destruição da Medula doente.

Com o aumento da dose quimioterápica, células sadias do corpo também são afetadas, entre elas as células das mucosas do trato gastrointestinal, da pele, cabelos e as células da Medula Óssea. A Medula Óssea é encontrada no interior dos ossos e é responsável pela produção das células sanguíneas, ou seja, leucócitos, eritrócitos e plaquetas, as quais têm papéis fundamentais no nosso organismo. O regime de condicionamento com a quimioterapia em altas doses destrói totalmente a Medula Óssea doente, deixando o paciente extremamente debilitado, com comprometimento de diversos

¹ Pasquini R. Fundamentos e Biologia do Transplante de células hematopoéticas. In: Zago MA, Falcão RP, Pasquini R, organizadores. Hematologia: fundamentos e prática. Ribeirão Preto (SP): Atheneu; 2001. p. 913-34.

tecidos e órgãos, além de depressão imunológica severa, sem a capacidade de se defender contra infecções (MATSUBARA et al, 2007).

Como após o condicionamento a Medula Óssea é destruída, o paciente não sobreviveria por muito tempo sem esse tecido. Por essa razão, é necessário que ele seja repostado a fim de que, aos poucos, o paciente possa começar a produzir sua própria Medula Óssea a partir das células precursoras recebidas. Todavia, esse procedimento é agressivo, e, como qualquer procedimento mais complexo, envolve complicações, podendo tanto recuperar a vida do paciente como também levá-lo ao óbito (PERES; SANTOS, 2006).

Segundo Naoum et al (2002), o período de neutropenia (contagem absoluta de neutrófilos abaixo de $500/\text{mm}^3$ ou de leucócitos abaixo de $1000/\text{mm}^3$) compreende os primeiros trinta dias do tratamento, e é o período em que o paciente está mais vulnerável em relação às infecções. As infecções bacterianas continuam sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes transplantados de Medula Óssea.

Conforme Reis e Visentainer (2004), a recuperação do sistema imunológico é extremamente importante para o sucesso do Transplante. Nos pacientes com uma recuperação Pós-Transplante sem intercorrências, as funções imunológicas normais são alcançadas em aproximadamente um ano. Contudo, como a memória imunológica também é perdida durante o condicionamento, o processo de imunização também deve ser reiniciado nestes pacientes.

Em virtude da complexidade desta terapêutica, do lento processo de recuperação do paciente Pós-Transplante, do fato de ser um procedimento de alto custo à Instituição e que atende a uma pequena parcela da população, é fundamental que a equipe de Enfermagem esteja qualificada para tal. Os profissionais atuantes em uma unidade de TMO devem ser capazes de identificar as intercorrências próprias das diferentes fases do Transplante, propondo intervenções adequadas; e evitar infecções com o uso de técnicas rigorosamente assépticas, entre outras atribuições (RIUL; AGUILLAR, 1997). Além disto, o profissional na assistência direta ao paciente Pós-TMO, principalmente no período de neutropenia, deve agir com responsabilidade e consciência. Segundo Silva (2002, p. 6):

A consciência é uma instância fundamental do ser humano e tem um valor integrador, pois ser consciente de algo é assumi-lo. Refletir em torno das suas ações, dos seus pensamentos, avaliar as suas conseqüências. É saber o que se tem nas mãos. A consciência entendida como uma virtude para o cuidar é um atributo que significa reflexão, prudência, cautela e conhecimento de causa.

É preciso que o profissional saiba exatamente as atividades que deve executar, como deve executar, o porquê da tarefa ser executada daquela forma e, principalmente, o que pode acontecer se ele não o fizer da forma que deve ser feito.

O que me levou a desenvolver este projeto foi a oportunidade, como acadêmica de Enfermagem, de realizar um estágio voluntário no Centro de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Neste estágio, pude ter maiores informações acerca do que é o tratamento, qual a sua finalidade e, o mais importante, pude participar de todas as fases do processo através do acompanhamento de um paciente, prestando-lhe assistência direta e integral desde sua admissão até o fim do período de neutropenia Pós-Transplante. A partir desta experiência e, aprofundando-me na teoria publicada sobre o assunto, refleti sobre a responsabilidade da equipe de Enfermagem nos cuidados durante esse período em que o paciente se encontra tão frágil e tão vulnerável às agressões externas.

Concomitante a isto, o que mais me chamou a atenção para a responsabilidade necessária no cuidado durante esta fase, foi quando, ao observar uma das Enfermeiras da Unidade dando orientações sobre o período de neutropenia ao paciente pelo qual eu estava responsável, esta disse: “*nesse momento as suas defesas somos nós*”. Neste contexto, sinto-me estimulada a ressaltar a peculiaridade do trabalho de Enfermagem nesta fase. Por esta razão, este trabalho se propõe a investigar o conhecimento dos profissionais Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem acerca de sua responsabilidade nos cuidados no período de neutropenia Pós-TMO.

Acredito que este estudo contribuirá para enfatizar a responsabilidade da equipe de Enfermagem quanto à qualidade de seus cuidados a estes pacientes tão vulneráveis.

2 OBJETIVO

Investigar a óptica dos profissionais de Enfermagem acerca de sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes Pós-TMO em período de neutropenia.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

A Medula Óssea é um tecido esponjoso encontrado no interior dos ossos. Este tecido é rico em células progenitoras, as quais se diferenciam nas células sanguíneas, ou seja, eritrócitos, leucócitos e plaquetas. O Transplante de Medula Óssea consiste na substituição, através da infusão endovenosa, da Medula Óssea doente ou imunossuprimida por Medula Óssea normal (BONASSA, 2004).

O primeiro Transplante de Medula Óssea ocorreu em 1891, realizado por Brown-Sequard, no qual a medula era administrada por via oral a pacientes com anemia perniciosa e linfadenoma. Estudos foram evoluindo até que em 1960 os transplantes passaram a ser realizados via endovenosa e passou-se a dar importância ao Antígeno Leucocitário Humano (HLA), responsável pela histocompatibilidade entre doador e receptor (BONASSA, 2004). É uma terapêutica atualmente muito utilizada no tratamento de malignidades hematológicas (leucemias, linfoma, mieloma), desordem da medula óssea não maligna adquirida (anemia aplástica) e doenças genéticas associadas com função hematopoética normal (talassemia, anemia falciforme, imunodeficiência combinada severa) (ORTEGA et al, 2004).

Segundo Ortega et al (2004) as células podem ser adquiridas da Medula Óssea, de sangue periférico e de sangue de cordão umbilical e placenta. Existem três tipos de Transplantes de Medula Óssea, determinados de acordo com a origem da medula a ser utilizada.

- TMO autólogo: é aquele realizado com a medula do próprio paciente, retirada antes do início do tratamento da doença de base, preservada e novamente infundida após o término do tratamento.
- TMO singênico: realizado entre irmãos gêmeos idênticos, totalmente HLA compatíveis.
- TMO alogênico: aquele em que a medula origina-se de um doador geneticamente diferente, porém HLA compatível. Podendo ser aparentado ou não de acordo com a existência de laços familiares entre doador e receptor.

O condicionamento pré-transplante consiste no uso de quimioterapia em altas doses podendo ser associadas ou não ao uso de radiação corporal total. Tem por objetivo imunossuprimir o receptor para diminuir o risco de rejeição à medula, erradicar as células malignas e preparar espaço para a pega do enxerto (BONASSA, 2004). Com este aumento na dose quimioterápica, há uma destruição da hematopoese normal, com dano de neutrófilos, monócitos e macrófagos além das células das mucosas, causando uma ruptura na integridade desta barreira. O trato gastrointestinal, que normalmente é colonizado por bactérias e fungos, se converte em um reservatório patógeno potencial (FAGUNDO et al, 2006). Nesta fase, ocorre um rápido declínio nos leucócitos do receptor (REIS; VISENTAINER, 2004). Devido a este fator, a neutropenia ocorre muito frequentemente, e é o aspecto mais problemático da mielossupressão, representando maior risco de processos infecciosos (CRUZ; MOREIRA; QUIQUIO, 2000; BONASSA, 2004).

Segundo Reis e Visentainer (2004), os receptores de Transplantes de Medula Óssea desenvolvem uma imunodeficiência que varia na gravidade e duração. Esta variação depende de fatores individuais que acometem o receptor. Entre os fatores que contribuem para o imunocomprometimento Pós-Transplante podemos destacar deficiência na reconstituição da ontogenia linfóide, falta de manutenção da imunidade específica do doador e uma redução na função tímica do receptor.

Após o Transplante, a reconstituição imunológica consiste de dois fenômenos distintos: a recuperação numérica dos elementos celulares da Medula e a recuperação funcional das interações celulares. Com o condicionamento realizado pré-transplante, os receptores também perdem a memória imunológica a agentes infecciosos e vacinas realizadas ao longo da vida (REIS; VISENTAINER, 2004). Além disto, infecções podem resultar tanto da flora endógena do trato gastrointestinal, trato geniturinário, respiratório e pele, como também de reativação de agentes infecciosos latentes como *Mycobacterium tuberculosis* ou *Herpes zoster*, por exemplo (ORTEGA et al, 2004).

A reconstituição imunológica é um importante componente, sendo de importância vital para o sucesso do Transplante, não somente porque os defeitos imunes estão relacionados à morbidade Pós-Transplante, mas também porque podem influenciar o risco de recaída e o desenvolvimento de malignidades secundárias após o Transplante (REIS; VISENTAINER, 2004).

As qualificações exigidas à equipe de enfermagem devem, obrigatoriamente, superar as necessidades técnicas que devem ser realizadas com segurança, competência e responsabilidade, pois qualquer erro ou contaminação pode ser fatal. Esta preocupação leva o profissional a adquirir competências mais amplas, como comprometimento, atuação interdisciplinar e muitas vezes transdisciplinar (PERES, 2000).

Segundo Ortega et al (2004), pacientes imunossuprimidos são os mais expostos ao risco de aquisição de infecções hospitalares. Devido a esta vulnerabilidade, cuidados especiais e responsáveis devem ser destinados para que estas infecções possam ser prevenidas. Este cuidado é necessário, uma vez que, após estabelecido qualquer quadro infeccioso, são pequenas as chances de uma recuperação Pós-Transplante sem complicações.

O período de neutropenia é um momento especial, no qual qualquer descuido por parte da equipe de Enfermagem pode por tudo a perder, desde o custo financeiro à Instituição, como também, talvez, a única chance de vida do paciente. Segundo Peres (2000, p. 29) os pacientes que realizam o TMO: “São pacientes com doenças gravíssimas que vêm em busca de assistência altamente especializada, sem garantias de cura, porém agarrados a uma das únicas possibilidades de sobrevivência que podem vislumbrar”.

Dentre as inúmeras atribuições da equipe de Enfermagem no cuidado a pacientes neutropênicos Pós-TMO, segundo Ortega et al (2004), destacam-se os cuidados de assepsia durante o preparo de medicações, manuseio do cateter venoso central, precauções de contato através do uso de aventais ou uniformes adequados, ou seja, livres de exposição fora do ambiente hospitalar, lavagem rigorosa das mãos e uso de luvas de procedimentos.

Além disto, cabe à equipe de Enfermagem controlar a restrição de visitantes não apenas na unidade, como também, e principalmente, dentro do quarto do paciente. Isto vale principalmente se forem pessoas com suspeita de alguma doença infecto-contagiosa como conjuntivite, herpes, etc.

Além dos recursos humanos especializados e comprometidos com o cuidado, o espaço físico que irá receber este paciente, desde sua admissão para o Transplante até o fim de sua recuperação durante e após o período de neutropenia, também deve ser construído e organizado de forma específica. Cabe também ao Enfermeiro, com base em seus conhecimentos das necessidades básicas do ser humano, ajudar no planejamento da construção deste ambiente.

Segundo Naoum et al (2002), esforços no sentido de diminuir o risco de contaminação incluem normas rígidas em relação à higiene da equipe que assiste ao paciente, cuidados com dieta e água que serão oferecidos a este paciente, isolamento em quarto com fluxo de ar laminar e realização de culturas de vigilância. Além disto, para Ortega et al (2004), o planejamento deste ambiente deve levar em consideração medidas relacionadas ao uso de materiais resistentes e impermeáveis, de fácil desinfecção como plástico, borracha, acrílico para facilitar a limpeza com água e sabão e desinfecção com álcool 70%. A adequada limpeza do ambiente por equipe treinada é importante devido ao fato de haver microorganismos com capacidade de sobrevida em superfícies ambientais por longos períodos (*Acinetobacter baumannii*, *Clostridium difficile*, *Aspergillus*, etc).

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo de caráter exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Gil (2004), este tipo de estudo focaliza uma comunidade, e a pesquisa é desenvolvida por meio de observações diretas das atividades do grupo estudado e/ou de entrevistas com informantes para captar suas explicações do que ocorre no grupo. Envolveu a etapa de coleta de dados, análise do material, redação do relatório.

4.1 Campo de estudo

O estudo foi realizado no Centro de Transplantes de Medula Óssea (CTMO), localizado no 5º andar, ala Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Esta Unidade há treze anos realiza Transplantes de Medula Óssea e há um ano está em novas instalações. Possui seis leitos e foi planejada cuidadosamente visando a atender adequadamente, com responsabilidade, os pacientes candidatos a TMO e a pacientes imunossuprimidos. O quadro de profissionais da equipe de Enfermagem é composto por oito Enfermeiras e onze Técnicos de Enfermagem distribuídos nos respectivos turnos: Manhã – três Técnicos de Enfermagem e duas Enfermeiras; Tarde- dois Técnicos de Enfermagem e duas enfermeiras; Noite (1,2 e 3) dois Técnicos de Enfermagem e uma Enfermeira; Sexto turno (finais de semana e feriados)- número de Técnicos permanece inalterado em relação à semana , mas há somente uma Enfermeira.

4.2 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram dez profissionais, sendo cinco Enfermeiras e cinco Técnicos de Enfermagem atuantes na equipe de enfermagem do Centro de Transplantes de Medula Óssea (CTMO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) . Participaram um Enfermeiro e um Técnico de Enfermagem por turno. A seleção dos participantes foi feita de forma intencional entre os profissionais que preenchiam os critérios de inclusão.

Foram considerados critérios de inclusão no estudo: Ser funcionário atuante no Centro de Transplantes de Medula Óssea do HCPA; experiência de , no mínimo, um ano em

cuidados Pós-Transplante de Medula Óssea, nesta unidade ; exercer a função em qualquer um dos turnos de trabalho da Instituição; ter interesse em participar do estudo.

Foram excluídos os participantes que não apresentaram interesse em participar do estudo e os que estavam em período de férias ou qualquer tipo de liberação das atividades de expediente durante o período da coleta dos dados.

4.3 Aspectos éticos

Os princípios éticos foram respeitados com vistas a proteger os direitos dos envolvidos na pesquisa.

As gravações das entrevistas serão conservadas por cinco anos para preservar toda e qualquer informação fornecida. Ao término deste período serão desgravadas em concordância com a Lei de Direitos Autorais 9610/98 (BRASIL, 1998).

Com a finalidade de garantir a adesão voluntária dos participantes através do compartilhamento de informações entre o pesquisador e o participante (GOLDIM; FRANCISONE, 2005), foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Este termo foi entregue ao participante pela pesquisadora antes da entrevista e assinado em duas vias. Além disto, a identidade dos participantes foi preservada, tendo sido utilizadas as letras E e T com respectivas numerações de 1 a 5 na identificação dos profissionais.

Segundo o que afirmam Goldim e Franciscone (2005), um projeto de pesquisa que envolva seres humanos deve ser, previamente à sua execução, avaliado por um Comitê de Ética e Pesquisa a fim de resguardar os interesses de todos os envolvidos no estudo. Em virtude desta necessidade, o projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS) e ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG/HCPA), avaliado e aprovado por estas duas Comissões (ANEXO A).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os dias 09 e 18 de outubro de 2008 através de uma entrevista semi-estruturada construída pela pesquisadora, a qual continha tópicos

relacionados à identificação do profissional e questões acerca de sua responsabilidade nos cuidados a pacientes em neutropenia pós-TMO (APÊNDICE B).

Os profissionais foram convidados a participar do estudo durante seu expediente no CTMO, momento no qual foram explicados os objetivos da pesquisa e a importância da sua participação no estudo, além de entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta foi feita de forma intencional, no próprio local de trabalho, porém em um ambiente privativo a fim de permitir total liberdade ao participante. As entrevistas tiveram uma duração média de dez minutos e foram realizadas, gravadas e transcritas pela própria pesquisadora após a confirmação de preenchimento dos critérios de inclusão do estudo.

4.5 Análise dos dados

Segundo Gil (2004), os estudos de campo tendem a utilizar variadas técnicas de coleta de dados. Devido a isto, os procedimentos de análise costumam ser predominantemente qualitativos. Para o autor, o processo de análise dos dados pode ser definido como uma seqüência de atividades envolvendo a redução, categorização e interpretação dos dados.

A redução dos dados consistiu num processo de seleção, simplificação, abstração e transformação das informações oriundas das entrevistas com os profissionais.

Na categorização estes dados foram separados e organizados de forma a possibilitar que a pesquisadora tirasse conclusões a partir dos depoimentos trazidos pelos profissionais.

A etapa de interpretação dos dados possibilitou que a pesquisadora ultrapassasse a simples descrição, com vistas a acrescentar algo ao questionamento existente sobre o assunto. Isso exigiu constantes retomadas às anotações originadas das entrevistas e à literatura publicada sobre o tema.

5 RESULTADOS

O processo de redução dos dados oriundos das entrevistas com os profissionais acerca de sua responsabilidade no cuidado a pacientes em neutropenia pós-TMO, deu origem a três grandes categorias divididas em sub-categorias. As categorias originadas foram: *cuidados na prevenção de infecções; orientações; e importância do trabalho de enfermagem- reflexões da equipe.*

5.1 Cuidados na prevenção de infecções

Infecções ocorrem frequentemente sendo praticamente inevitáveis. Resultam da profunda mielossupressão desencadeada pelo regime de condicionamento e pela terapêutica imunossupressora para a prevenção da rejeição do enxerto (BONASSA,2004). Estão entre as maiores causas de complicações no pós-TMO imediato e, se não detectadas e tratadas em tempo hábil, podem tanto comprometer a adequada recuperação do paciente como levá-lo ao óbito.

Em razão desta importância, os profissionais demonstram total esclarecimento acerca da necessidade de prevenção de infecções.

“Evitar ao máximo do paciente não adquirir nenhuma infecção nesse período e qualquer coisa vai fazer a diferença. Se tu se descuidar pode fazer uma grande diferença, por isso é uma constante preocupação [...]” (T2).

“Esses pacientes não têm mais a memória imunológica e se eles não têm a memória imunológica, mesmo quando eles começarem a se recuperar, eles não têm defesa. Eles estão muito mais expostos [...] eles não têm memória imunológica para vírus, bactérias, por isso que eles fazem tudo que é prevenção, aciclovir para herpes vírus, fluconazol para fungo e depois quando começarem a se recuperar, eles recebem todas as vacinas de novo porque após o transplante eles não recebem a memória imunológica do doador, isso ele não recebe.” (E2)

“[...] estão mais sujeitos a processos infecciosos por vários agentes ou microorganismos [...] e leva um ano depois do transplante para reconstituir o sistema imunológico [...] não só o período de neutropenia, que é o mais agudo, mais crítico deles durante todo o transplante , mas todo aquele

primeiro ano, primeiros cem dias, e como leva um ano para se recompor, então ele está sujeito a adquirir infecções comunitárias depois da alta [...] ele é imunossuprimido, não é só a contagem de neutrófilos que importa naquele momento, mas todo o sistema imune que está sendo destruído e modificado até se recompor.” (E4)

Esta categoria foi dividida em quatro subcategorias: lavagem de mãos; cuidados com cateter venoso central; preparo de medicações; cuidados com o ambiente protegido.

5.1.1 Lavagem de mãos

Uma das primeiras e mais constantes orientações no Centro de Transplantes de Medula Óssea, é a lavagem das mãos. Desde a entrada da unidade, onde há um cartaz orientando a maneira correta de higienização das mãos, conforme a rotina da unidade. Esta preconiza desinfecção com sabão líquido de clorexidine não alcoólica, friccionando as mãos até os punhos durante pelo menos um minuto. Durante as entrevistas pude perceber o quanto é importante e respeitada essa ação, uma vez que todos os profissionais a citaram como a principal forma de prevenir infecções:

“Cuidado maior que eu tenho é na lavagem das mãos, que eu sei que a mão é que leva [...] Foi comprovado que a maior porta de entrada de microorganismos para os pacientes estavam nas nossas mãos.” (T1)

“Então a gente é obsessiva compulsiva com a lavagem de mãos [...] é algo obsessivo mas é uma obsessão que não é pra mim, é para o meu paciente” (E1)

Contudo, além do ato de lavar as mãos em si, deve-se respeitar a rotina da lavagem, assim como o momento necessário, ou seja, não é apenas na entrada da unidade. Segundo Bonassa (2004), as mãos devem ser rigorosamente higienizadas imediatamente antes e após prestar cuidados ao paciente. Esse cuidado foi mencionado pelos profissionais:

“A lavagem das mãos antes é imprescindível, lavagem com clorexidine, não com sabonete. A gente lava com clorexidine a cada procedimento invasivo, toque, manejo no paciente principalmente cateter é com clorexidine.” (E4)

“Lavar as mãos sempre, tanto na chegada quanto na saída do quarto do paciente. No ato de preparar uma medicação, antes depois. No lado, já lá no quarto do paciente, lavar as mãos para entrar e na hora que tu vai aplicar alguma medicação.” (T2)

“E outra coisa muito importante é a lavagem de mãos de um quarto para outro porque às vezes a gente está com pressa, mas isso a gente não pode esquecer.” (T5)

O depoimento do profissional, a partir das várias repetições permite verificar a intensidade com que é trabalhada a questão da lavagem de mãos nesta Unidade:

“E lava, lava, lava a mão [...] tu limpa, limpa, limpa, lava, lava, lava a mão.” (T3)

Além de fazer parte do cotidiano, é importante que o profissional tenha o conhecimento da importância da correta execução desta técnica e da magnitude de sua importância neste contexto em que qualquer passo mal dado pode comprometer o sucesso do tratamento. No trecho abaixo percebemos como o profissional compreende a relevância deste ato:

“Muitas vezes ninguém vai saber se eu lavei ou não lavei a mão [...] Mesmo na correria a gente precisa lembrar. Aqui já está tão introjetado isso, mas é uma coisa que a gente precisa sempre ter em mente [...] isso é a técnica e também a ética. Tu faz ou não faz e aí vai da tua consciência.” (T5)

Em decorrência disto se faz necessária uma reflexão acerca das ações a que o profissional se propõe a realizar. Um *insight* em torno de seus reais objetivos, uma vez que se trata de uma vida em suas mãos. O fazer enfermagem é um reflexo de crenças, sentimentos, pensamentos e conhecimentos enquanto pessoa (SILVA, 2002).

5.1.2 Cuidados com cateter venoso central

O cateter venoso central de Hickman é um dispositivo plástico usado para a infusão da Medula Óssea, reposição de hemoderivados, administração de medicamentos, nutrientes e coleta de amostras. É introduzido através de uma intervenção cirúrgica em uma veia calibrosa próxima ao coração e termina no tórax ou abdômen (ORTEGA et al, 2004).

É indicado no uso a pacientes submetidos ao TMO porque dispensa a punção percutânea, é utilizado para monitorizar a pressão venosa central, e por permitir a infusão de grandes quantidades de fluidos, simultaneamente e por tempo prolongado, além de garantir a infusão da medula óssea sem comprometer o enxerto (SILVEIRA; GALVAO, 2005).

Em razão de sua grande utilidade, e do grande significado que este representa ao paciente, há um cuidado muito especial da equipe de enfermagem para com este cateter, como se pode observar nos depoimentos seguintes:

“Manejo de cateter é algo muito importante porque é a grande porta que tem. É a comunicação do paciente com o mundo exterior [...] 100% dos nossos pacientes tem o cateter” (E4).

“E o cateter é a nossa menina dos olhos.” (T3).

“Como se diz “o sopro de vida entra pelo cateter” Eles dizem: “Esse é meu último tiro”. Porque tentaram já outras terapias e não tiveram sucesso então é o último sopro. Eles chegam bem esperançosos como se aquele fosse o sopro de vida deles... aquela colocação de cateter. Então tudo é um cuidado que tem que ter com esse cateter de longa permanência.” (T1).

A infecção relacionada ao cateter, insere-se entre as principais complicações do TMO. Devido a isso, a equipe de enfermagem, a qual é a que mais vezes manipula este cateter, não deve medir esforços para a sua prevenção. Na prevenção e controle de infecção relacionados ao cateter, o objetivo é reduzir o número de manipulações ou aberturas das vias para o meio externo. O adequado e constante treinamento da equipe para a manipulação do cateter é considerado uma medida eficaz na prevenção de infecção (SILVEIRA; GALVAO, 2005).

“Qualquer ato invasivo com o paciente a gente cuida [...] e nossa taxa de infecção é muito baixa , em todo o hospital é a melhor que tem. E se com

todo esse cuidado ainda existe infecção, imagina onde não tem todo esse cuidado” (E4).

Para a adequada manutenção deste cateter de longa permanência, a equipe de enfermagem participante do estudo utiliza de cuidados especiais, tanto na abertura do clamp, como na infusão das soluções, bem como cuidados com todo o sistema das medicações e pertuito do cateter:

“[...] qualquer manipulação, antes de infundir medicação sempre molhar a gaze com álcool 70%.” (T4).

“E a gente tem o cuidado com o sistema, que é o cateter, que é um sistema fechado, a gente tem os equipos, que a gente respeita as 72h [...] porque é assim, tu vai trocar um soro tu tem que pensar em todo o sistema desde o frasco do soro, equipo, extensor, torneirinha, do clamp do cateter propriamente dito. Aí lava a mão, a gente usa o álcool 70%, cada vez que tu manuseia, tu troca as tampinhas.” (T3).

“[...] a gente sempre antes de abrir protege e fricciona a gaze com álcool [...]. Lavagem das mãos e a desinfecção das conexões quando tu for abrir ou a borrachinha do soro se tu vai injetar via borrachinha... e nunca deixar resíduo de sangue na via das extensões, tem sempre que remover porque a partir do momento que fica uma película de sangue vai dando origem ao biofilme, e a luz interna pode obstruir.” (E4).

Biofilme se constitui na deposição de proteínas e microorganismos revestindo a luz do cateter devido ao recobrimento por fibrina (CRUZ; MOREIRA; QUIQUIO,2000). Este acúmulo de material orgânico na luz do cateter pode obstruir o fluxo, além de interferir na resposta imune e efeito dos antibióticos, favorecendo a aderência de microorganismos.

5.1.3 Preparo de medicações

O ato de preparar medicações demanda uma grande responsabilidade, concentração e higiene em qualquer tipo de situação, para qualquer tipo de paciente em qualquer tipo de tratamento. Existem cuidados aos quais todos devem prestar atenção ao preparar e, principalmente ao administrar as medicações.

Todavia, para pacientes em neutropenia pós Transplante de Medula Óssea, o risco de um choque séptico por uma desinfecção mal feita de uma ampola ou a não higienização das mãos antes do preparo, é maior. Por isso, cuidados especiais ao preparar as medicações são necessários.

Dentre os principais cuidados, os profissionais citaram:

“[...] limpar bem, desinfectar ampolas, vidros, frascos, técnica mais asséptica possível.” (T4).

“[...] e a medicação tu prepara no posto de enfermagem com técnica asséptica, tu limpa, limpa, limpa [...] Aquela coisa que tu pensa que é o óbvio, mas tem que ta sempre retomando.” (T3).

Além do cuidado pessoal de lavar as mãos antes de manusear a medicação, e desinfecção do material a ser utilizado, outro cuidado fundamental, citado por um dos profissionais, é organizar o ambiente no qual será preparada essa medicação:

“Limpar o local onde tu vai preparar a medicação. Retirar as medicações de dentro das gavetas primeiro, e depois lavar a mão. É sempre um seguimento do que tu tem que fazer, já está tão automático.” (T5).

Outro aspecto importante refere-se ao fato de administrar medicações que não foram preparadas pela pessoa que vai administrar. Na instituição campo do estudo, drogas citotóxicas como os quimioterápicos, e as dietas parenterais (NPT) não são preparadas na unidade de internação pela equipe de enfermagem, mas sim por farmacêuticos em um laboratório específico para tal. Por esta razão é de suma importância que o profissional que

está responsável pelo paciente e que vai administrar aquela medicação esteja atento na qualidade da medicação, integridade da embalagem e exatidão da dose daquela solução. Esta questão foi colocada por uma das profissionais entrevistadas:

“Assim como NPT, que nesses tempos, eu vi uma NPT furada que estava pingando na pia e ninguém viu, então prestar bastante atenção também nas medicações, ver se não estão violadas [...] então estar sempre atenta quanto a violação de medicações, tanto VO como principalmente EV que é o que mais a gente faz aqui.” (T5).

5.1.4 Cuidados com o ambiente

Desde a porta da entrada da unidade nota-se um intenso cuidado de restrição na circulação de pessoas naquele ambiente. Desde que foram inauguradas suas novas instalações, a unidade é conhecida como UAP – Unidade de Ambiente Protegido, em razão da peculiaridade do estado de saúde dos pacientes ali internados, grande maioria imunossuprimidos.

Na entrada há uma grande pia cuja torneira é feita de forma a facilitar o fechamento sem que seja necessário contaminar as mãos após a lavagem. Há um cartaz que ensina a técnica correta de lavagem de mãos. Além disso, a lavagem de mãos e desinfecção de objetos com álcool 70% é obrigatória e supervisionada por uma câmera que fica instalada logo acima da pia. A porta mantém-se trancada até que alguém da unidade permita a entrada.

A equipe não utiliza paramentos especiais além de seu uniforme padrão da instituição.

“Porque antes se usava até roupa esterilizada, propés e foram vendo que não era aquilo que tava levando infecção.” (T1).

Conforme nos diz Bonassa (2004) os transplantes são realizados em quarto comum, individual, com visitas limitadas, sem necessidade de paramentação da equipe, além do uso de filtro absoluto HEPA. Entretanto, além da infra-estrutura adequada a esse paciente, faz-se necessário um cuidado para manter esse ambiente próprio para que este não se torne um

fator de risco para o paciente. Por isso deve haver uma manutenção rigorosa em questão de limpeza, restrição de visitas, medidas de isolamento protetor e cuidado com a água, ar e alimentos oferecidos aos pacientes.

“Medidas de isolamento protetor que a gente tem aqui na unidade, isolamento, que é o quarto individual [...] E se não houvesse esses cuidados com prevenção de infecção, com o ar, com ambiente protegido que é muito importante também, só os cuidados sem a área física também não seriam suficientes.” (E5).

Nos depoimentos abaixo, nota-se a preocupação dos profissionais no cuidado com o espaço que abriga o paciente imunossuprimido e o comprometimento destes para com o paciente durante esse período de maior vulnerabilidade:

“[...] cuidados para que não haja contaminação no meio que ele está vivendo, como ele está com a imunidade muito baixa, isso pode reverter numa situação difícil para ele.” (T2).

“A grande responsabilidade é nós mantermos o ambiente limpo [...] porque é a gente que está responsável por aquele paciente.” (T1).

“[...] o cuidado com o ambiente, a restrição das visitas, e a comida é muito importante porque não adianta a gente da equipe ter esse cuidado se alguém em algum momento falha nesse cuidado.” (E4).

“[...] cuidado de higiene, passar álcool nos objetos, no leito, nos pertences [...] álcool por tudo 3x ao dia e troca a roupa de cama. O quarto é limpo toda a manhã, limpeza geral e à tarde elas tiram o lixo e se tem uma sujidade no chão ou qualquer eventualidade.” (T3).

Além do cuidado de manter o ambiente seguro, o profissional que está mais tempo com o paciente tem outro papel muito importante, o de supervisionar as pessoas que estão circulando pela unidade, incluindo familiares e componentes da equipe multidisciplinar. É uma tarefa difícil, por duas razões: a primeira porque não é fácil estar atento a tudo o tempo todo, até porque têm outros pacientes para atender, tarefas dentro da unidade... e segundo, porque não é fácil restringir a entrada de alguém. É algo um tanto desconcertante, principalmente se for um familiar que deseja estar perto de seu ente querido. Contudo, se faz necessário quando significa algum perigo ao paciente sem defesa.

“Se a família está com algum sintoma, a gente encaminha à enfermeira, que encaminha ao médico aí pede pra vir outro familiar. A gente restringe as visitas [...] E passa essa responsabilidade para a família também, qualquer sinal que a família tenha uma coriza, uma coisa alérgica, se está frio dentro do quarto, não está lavando bem as mãos, então a gente está sempre de olho na gente, no paciente e no familiar. E a gente tem que chegar e dizer porque tu está colocando o teu paciente em risco de morte...ele não tem imunidade, né? A gente tem que ver que é um elo, um elo que se quebra de uma corrente.” (T3).

“[...] é trabalhar integrado com a família, com a equipe médica, com todo o pessoal que vem de fora para dar consultoria, que eles também têm que seguir as regras, higienizar as mãos [...]” (E4).

5.2 Orientações

De acordo com Matsubara et al (2007), a assistência de enfermagem não deve estar voltada apenas para os aspectos biológicos do TMO. Vale ressaltar que os aspectos psicossociais requerem intervenções de enfermagem tanto para o paciente quanto para a sua família, visando a auxiliá-los para o enfrentamento e adaptação à crise.

Durante o longo período de internação, necessário até que o paciente adquira condições para a alta hospitalar, o paciente e família passam por momentos de profunda apreensão. É todo um emaranhado de situações novas, procedimentos novos, sentimentos os quais nunca tiveram que vivenciar, como a ameaça de morte iminente. Além, é claro, da perda de sua privacidade, uma vez que seu corpo se torna mais exposto durante o exame físico minucioso diário, suas eliminações são manuseadas pela equipe de enfermagem, o que também gera, a princípio, bastante constrangimento.

É uma imersão no desconhecido e, em decorrência disto, é necessário que se crie um laço de confiança entre profissional e paciente e, para isto, é importante que o paciente e seu familiar compreendam o que está acontecendo, o porquê de cada intervenção a que ele está sendo submetido, medicação que está recebendo, valor de sinais vitais, enfim, clareza no cuidado.

E é neste momento que o profissional deve aproveitar o interesse do paciente e familiar e inserí-los nesse cuidado a fim de que, aos poucos, esse paciente tenha condições de se cuidar após a alta hospitalar.

Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: trabalho com paciente e família; trabalho com a equipe.

5.2.1 Trabalho com a família e paciente

Instituições hospitalares com unidades de TMO permitem a companhia de um familiar desde o momento da internação até o momento da alta. Este vivencia todas as fases e complicações do TMO. Por esta razão, é necessário que o enfermeiro e a equipe multidisciplinar considerem a assistência tanto ao paciente como à sua família (MATSUBARA et al, 2007).

Os profissionais demonstraram grande capacidade de percepção das necessidades desses familiares, assim como interesse em trazê-los para o cuidado para preservar o máximo possível sua independência:

“[...] orientação que é bem importante, principalmente para quem vem de fora, que nunca fez quimioterapia, não tem noção de nada.” (T4).

“O banho do paciente também é um banho diferenciado, que tu consegue trazer o familiar para ajudar esse paciente. Então tu explica o 1º, 2º, 3º banho, que é da cabeça para baixo, trocando os paninhos, com sabão antisséptico [...] O paciente pergunta muito, aí tem o familiar junto e tu tem que orientar. Então tu tem diariamente uma educação continuada com o paciente e com o familiar.” (T3).

“[...] cuidá-los e orientá-los quanto à higiene das mãos, higiene pessoal e dos familiares também.” (T1).

“[...] orientação, educação em saúde, orientação da internação, da alta hospitalar, o ambulatório pós-TMO imediato que trata das orientações do paciente no período pós-transplante frisando muito a prevenção de infecção, orientação em relação à imunossupressão e continuidade na prevenção de infecções.” (E5).

A orientação se faz necessária, contudo, não é uma tarefa fácil. Até porque de nada adianta o profissional orientar a maneira exata de se executar um cuidado, se não há interesse do paciente em aprender e seguir realizando. Segundo Silva (2001) este tratamento é longo, difícil e exaustivo. Contudo, os pacientes devem ser estimulados a participar de seu autocuidado. Estes estímulos devem ser oferecidos tanto pelos familiares,

quanto pelos profissionais envolvidos no processo. A obrigatoriedade em seguir os princípios rígidos e limitantes do tratamento os desencorajam e, frequentemente, dificultam a terapêutica. Esta foi uma problemática citada pelos profissionais:

“Então às vezes até pra eles muitas vezes é extremamente difícil e pra nós é extremamente difícil quando ele não quer fazer isso. Ele não quer ter aquele cuidado com ele mesmo.” (E1).

“Que eles também têm que lavar as mãos, a higienização, o banho diário [...] pelo menos no dia-a-dia, a gente incansavelmente repete orientações, orientações, e às vezes tem alguns que a gente nota que tu tem que repetir “fulano, lava mãos depois de ir no banheiro.” (E4).

“E logo que eu vim pra cá a gente queria impor pro paciente esses cuidados até entender que é a vida dele aquilo ali. Então hoje em dia, a educação pra saúde tem vindo de uma forma mais tênue para o nosso dia-a-dia, mas a gente tenta passar exatamente isso: O que eu estou fazendo não é para mim, o que eu estou fazendo é para ti. Mas a gente tenta passar justamente essa importância. Tu não tem defesa, olha tudo o que eu faço por ti, olha quantas vezes eu lavo minha mão para chegar até ti, tu acha que isso não tem importância? Isso tem importância. Se eu estou fazendo tudo isso para chegar perto de ti, é porque alguma importância tem.” (E1).

Em razão desta dificuldade, é importante que o profissional compreenda a necessidade da criação de um vínculo de confiança entre ele e o paciente. Conforme nos cita Silva (2002), precisamos aprender a reduzir a pressão onde ela já existe. Isto implica em permitir que as pessoas expliquem a sua conduta antes de criticá-las e tentar fazer imposições.

Como após o transplante cuidados devem ser dispensados a este paciente até que se restabeleça o estado de saúde, é importante que o paciente compreenda a importância da continuação destes cuidados para que se preserve sua qualidade de vida.

“[...] a educação dele principalmente porque é isso que vai dar a real continuação. Porque não adianta a gente cuidar aqui e não se responsabilizar depois [...] Se tu conseguir isso com o familiar, ou com o paciente, tu consegue preservar melhor a qualidade de vida dele.” (E3).

A complexidade do TMO produz profundos efeitos psicológicos no paciente, família e profissionais. Ignorá-los, levando-se em consideração apenas os aspectos técnicos do procedimento, pode trazer conseqüências graves a esses indivíduos. Durante essa jornada, o

paciente e sua família sofrem mudanças nas suas estruturas psicossociais, tendo o enfermeiro importante papel nessa adaptação para que a melhor qualidade de vida seja alcançada (MATSUBARA et al, 2007).

Os trechos abaixo mostram como os profissionais consideram as orientações ao paciente como primordial no cuidado de enfermagem :

"Para mim a educação do paciente é prioritário [...] Uma das coisas que mais preserva o paciente é o conhecimento da pessoa que ta tratando com ele porque daí vem tudo. A responsabilidade do tratamento todo passa para a família, o que pode, o que não pode e as conseqüências." (E3).

"Uma coisa importante também, que além da responsabilidade enquanto cuidado tem a questão da responsabilidade que a gente tem de orientação e de educação para a saúde, isso talvez seja o diferencial na enfermagem na minha visão. Porque o paciente que consegue adquirir educação para a saúde, consegue desenvolver um autocuidado adequado depois. Porque de muito pouco adianta todos os cuidados que se tem e todas as restrições às quais os pacientes sofrem se não fosse realmente o autocuidado posterior da alta hospitalar." (E5).

Porém, além das orientações ao paciente, é preciso que o familiar que será responsável por auxiliá-lo também participe deste momento de educação em saúde. Essa preocupação é necessária uma vez que é esta pessoa a qual assumirá os cuidados até que o paciente tenha condições de executá-los adequadamente. Contudo, o profissional deve facilitar a compreensão deste familiar explicando a razão de cada cuidado, a particularidade de cada fase do TMO em que o paciente se encontra, enfim, mostrando a grande importância da conscientização de ambos.

"A gente trabalha muito com a família e com o paciente orientando eles como eles ajudam na importância do paciente e do familiar também saber o que está acontecendo. Entender, fazer eles entenderem o que é a neutropenia e o que é importante fazer para evitar infecções [...] Então é muito importante a responsabilidade que eu acho para evitar que o paciente pegue infecção é trabalhar também com a família e com o paciente". (E4).

O trecho subsequente mostra, através do depoimento do profissional, sua preocupação em como será o futuro de seu paciente. Além disto, apresenta-se de forma

bem clara o desejo do profissional de que este paciente continue sendo bem cuidado, mesmo sem estar sob sua responsabilidade:

“A continuidade. Que assim como eu no tempo em que ele estava aqui, o familiar ou quem fosse cuidar desse paciente que prestasse o mesmo cuidado, que faça tudo aquilo ali por eles [...]” (T1).

Entretanto, a partir do momento em que o paciente recebe a alta hospitalar, o profissional perde o controle sobre suas ações. Muitas vezes isso gera um grande anseio neste profissional, em razão do grau de comprometimento dedicado àquele paciente. Este tipo de situação pode ocasionar sentimentos de frustração uma vez que ele sente-se impotente perante o ocorrido:

“[...] e a gente teme que eles não vão fazer aquilo ali em casa. Então a gente vê que faz um gasto, um “pacote” bem grande para eles e aí quando vão para casa [...] não se cuidam.” (T1).

Por esta razão é importante trabalhar todas as questões sobre os cuidados e restrições durante o período da internação. A fim de que o processo de internalização das informações aconteça gradativamente. Desta forma o paciente e família aprendem a encarar as orientações como um aprendizado, e não como imposições.

5.2.2 Trabalho com a equipe

Numa unidade de TMO, em decorrência da peculiaridade das ações profissionais, da grande responsabilidade exigida da equipe, e por ser uma terapêutica muito mencionada na mídia, porém pouco conhecida, faz-se necessária uma busca constante por conhecimento.

Além das orientações ao paciente e familiar, é importante que a equipe também esteja inserida nesta educação continuada. Deve estar preparada, uma vez que os pacientes, assim que recebem o diagnóstico, também saem a pesquisar sobre sua doença, como nos traz uma das profissionais:

“ Porque hoje o nosso paciente é bem diferente . Ele sabe que ele tem alguma coisa, ele corre para a internet [...] Então sabem de tudo. Ele é um paciente que ele vai, ele busca, ele se informa, ele questiona, eles perguntam pro médico, então ele tá sempre preparado. Ele te dá uma espetada para ver o quanto tu tá preparada.” (T3)

Conforme relato de uma das profissionais, o treinamento para quem trabalha com transplante é bem complicado uma vez que não há um curso que forme profissionais para isso. Segundo ela:

“O curso de oncologia dá uma boa base, mas não instiga sobre outras coisas que a gente trabalha especificamente no transplante. E o transplante é uma terapêutica que vem crescendo muito nos últimos anos [...] o grau de complexidade aumentou, a carga de trabalho aumentou, e o nosso tempo para treinamento e estudo não seguiu essa mesma tendência, então uma coisa que eu acho importante para a gente refletir” (E5).

Entretanto, ao questionar os profissionais sobre as informações recebidas ao ingressar na Unidade acerca da importância dos cuidados de enfermagem a pacientes neutropênicos, grande maioria dos profissionais relataram ter recebido , além de um excelente treinamento, reforços constantes na intenção de melhorar a qualidade dos cuidados:

“Recebi sim, desde que entrei, inclusive participei de treinamentos porque entraram várias pessoas junto comigo e foi feito um treinamento introdutório pelas próprias enfermeiras que eram do TMO quando eu entrei. Então foi feito um treinamento onde incluía todos os cuidados aos pacientes neutropênicos. E muito nos avisaram nesse ponto.” (E4).

“Sim, tive o privilégio. A gente era uma equipe bem menor. Começamos com dois leitos no 9º andar, então a gente tinha aulinhas, a parte prática, a gente tinha o round aberto no posto de enfermagem a gente participava do round diariamente e isso é uma riqueza para o profissional de enfermagem e para todos os profissionais que atuam com esse paciente.” (T3).

“Sim, nós todos quando entramos recebemos o programa de treinamento que dura em torno de um mês, onde uma outra enfermeira, primeiramente com um material escrito, a gente toma um primeiro contato principalmente com as patologias oncohematológicas e depois então mais especificamente com a prevenção de infecção com os cuidados com o cateter venoso central, cuidados com nutrição, parenteral, com hemoderivados, , e depois de um

tempo a gente faz uma parte mais prática, onde os enfermeiros são treinados efetivamente por outro enfermeiro como uma espécie de sombra acompanhando no exame físico, na busca de evidências diárias do processo. Tive bastante orientação e acredito que todos que entraram tiveram também.” (E5).

“[...] eu fui muito bem orientada. No primeiro mês ficou uma enfermeira comigo revisando rotinas, lavagem das mãos, desde a abertura de uma simples seringa [...]” (E3).

Apesar disto, pode-se notar um profundo interesse dos profissionais na busca por novos conhecimentos além dos introduzidos na Unidade. Conhecimentos acerca das inovações no procedimento, novas tendências nos cuidados ao paciente, enfim, sempre buscando ampliar sua visão e sua habilidade no cuidar destes pacientes afim de lhes proporcionar uma melhor qualidade de atendimento durante a internação:

“Sim, recebi treinamento e esses treinamentos foram sendo reforçados até porque quando abriu o TMO a rotina era uma e hoje a gente já deixou de fazer muitas coisas porque a gente viu que não adiantava fazer aquilo ali, o uso do avental, de máscara [...]” (T1).

“Hoje cuidado que havia há 5 anos atrás não são mais necessários, tipo assim, a gente usava máscara, propés. Então todas as modificações que são freqüentes. Então qualquer lugar que tu trabalhe tu tem que ta sempre atualizada nos outros, como é que está, fazendo esse insight, procurando bibliografia que me traga o que está modificando, tanto a nível de comissão de infecção nacional quanto modalidades novas.” (E3).

“[...] Eu tenho um versinho que se chama CHA [...] Eu tenho muito CHA: Conhecimento, isso eu tenho. Habilidade, tenho muito [...] e Atitude, que para mim é o principal [...] Conhecimento eu tenho porque trabalho com uma equipe multidisciplinar muito séria, que conhece muito e ta sempre buscando [...] Tem que saber o que ta fazendo, principalmente [...] Então tu tem que ter conhecimento, muito conhecimento e conhecimento renovado [...] E habilidade [...] são tantas bombas, tantos equipos, a gente tem três vias no cateter, uma para irem as medicações, muito antibiótico, anti-virais, outra gama de medicações e é muita coisa... É bureta, é frasquinho de soro, é um monte de fio, é torneirinha e tem outros pacientes para atender ... então tem que ter muita habilidade. E a atitude, diante da prescrição, tu questionar, é tu conversar com o médico, não entendi. Ou falar com a enfermeira [...] Tem que ter conhecimento, tem que ter habilidade, e tem que ter CHA.” (T3).

Um dos elementos fundamentais no processo de cuidar é a competência, ou seja, a capacidade de desenvolver com qualidade sua profissão. Isto implica na experiência, conhecimento do ser humano, e a compreensão de que sua formação é contínua, pois numa sociedade que o conhecimento e as técnicas se transformam freqüentemente precisamos estar prontos para aprender a cada dia (SILVA, 2002).

5.3 Importância do trabalho de enfermagem - reflexões da equipe

Durante todo o processo do Transplante de Medula Óssea, o paciente passa por um longo período de vulnerabilidade, tanto física quanto emocional. É um período em que o paciente está mais suscetível a complicações infecciosas além de transtornos psicológicos. A enfermagem como equipe de atendimento integral ao paciente é responsável por tentar preservar o máximo possível este paciente para obter sucesso no fim desta jornada.

“[...] tu é responsável por ele ao todo, em geral. Durante toda essa jornada tem que se responsabilizar pela medicação, pelo cuidado, tu chegar, conversar, tirar dúvidas.” (T4).

Este paciente não tem defesas. Seu sistema imune, além de não ter elementos numéricos suficientes, também não possui capacidade funcional para protegê-lo. Ele está em um ambiente seguro, protegido. Cabe então à equipe de enfermagem não permitir que os processos infecciosos cheguem até este paciente. Se por ventura chegarem, cabe também à Enfermagem tomar medidas rápidas para impedir maiores complicações. Uma vez que pacientes assistidos por enfermagem competente são diagnosticados e tratados com maior precocidade (BONASSA, 2004).

Nos depoimentos abaixo observamos o grande comprometimento da enfermagem com este paciente:

“Tudo que gera cuidado é responsabilidade nossa, não é só dele, da família e da equipe médica.” (T1).

“A responsabilidade está em manter a vida deles porque a gente trabalha com risco de morte e de vida. Então o cuidado é tudo que tu pode fazer para manter a qualidade de vida deles bem [...] A responsabilidade realmente é bem grande.” (E3).

Esta categoria foi subdividida em: rigor nas técnicas; cuidado pessoal; e aspectos emocionais.

5.3.1 Rigor nas técnicas

Para manter o adequado atendimento e evitar complicações, são necessários cuidados extremos ao trabalhar com este paciente em neutropenia pós Transplante de Medula Óssea. Os profissionais citaram cuidados que executam em especial a pacientes neutropênicos:

“[...] principalmente na administração de hemoderivados porque quando eles estão neutropênicos, além da neutropenia eles têm outras complicações na parte hematológica, ou seja, uma diminuição do hematócrito, uma diminuição da hemoglobina e uma diminuição das plaquetas.” (E2).

“Em relação aos pacientes seriam todas as técnicas mais seguras possíveis, não arriscar nunca tipo ‘abre o cateter e não tem certeza se tem a seringa ou não’. Então aquela coisa bem regrada, bem compassada, bem de rotina pra tu não ter nenhum risco. Outro cuidado bem importante é o menos invasivo possível, uma coisa que eu aprendi: não invadir mais o paciente do que ele já está invadido.” (E3)

“[...] mais especificamente com os neutropênicos, também são os controles de culturais para ver o que ta crescendo, análise e revisão de exames diários, principalmente os com foco hematológico [...] E ainda com outras coisas como a transfusão, os pacientes de TMO fazem muita transfusão.” (E5).

Outro aspecto muito importante, e que pode ser observado nos depoimentos abaixo foi o sentimento de responsabilidade em executar rigorosamente as técnicas da forma mais adequada, uma vez que os profissionais mostram-se bastante conscientes acerca das conseqüências a que podem predispor seus pacientes na existência de negligência nestes cuidados:

“Uma das primeiras coisas que eu aprendi. Jamais vou esquecer [...] Meu paciente fez febre, eu corro pra coletar hemocultura, corro pra iniciar os antibióticos, porque eu jamais vou esquecer de um paciente que uma colega

não iniciou rapidamente e o paciente teve um choque hipovolêmico e choque séptico rapidamente.” (E1).

“A consciência de que quanto mais invadido o paciente, pior para ele. Então tu entra no jogo do equilíbrio. Ele ta com febre, o que eu vou fazer então, colete só da via porque já coletou hemocultura? Então tu vai atrás dos exames para ser o menos invasiva e para dar mais segurança ao paciente [...] Tem muito planejamento no cuidado [...] Não é brincado, é um lugar sério de trabalhar porque é a vida direto. Acho que é por isso que é tão gratificante.” (E3).

“[...] como a imunidade dele ta baixa, como eu já te falei, se a gente não se ater muito a esses cuidados ele pode ter uma infecção cruzada que pode determinar até morte, ir a óbito por causa disso, pode ter uma infecção generalizada em decorrência se tu não tiver esses cuidados bem vigiados.” (T2).

“[...] obsessiva compulsiva revisando exames. Eu olho várias vezes o frasquinho de exames pra ver se eu to coletando exatamente. Quando eu vou etiquetar os exames eu olho pra ver se é daquele paciente. Antes de entrar no quarto eu olho a etiqueta pra ver se é daquele paciente, quando eu vou preencher o sangue do frasco eu olho de novo e quando eu vou colocar no balcão eu olho pra ver se é daquele paciente de novo.” (E1).

Além de capacidade técnica e conhecimento, o profissional atuante nesta área também deve ter dinamismo. É imprescindível agilidade tanto no executar as ações de cuidado, como no planejamento destes na vigência de complicações, uma vez que estas surgem rapidamente.

“Os pacientes podem ir a óbito por infecção então a gente tem que evitar que eles cheguem a esse ponto, tem que tomar medidas preventivas, não adianta correr atrás do relógio depois do prejuízo.” (E4).

“E nesse paciente neutropênico, a qualquer vigência de febre a gente já comunica à enfermeira imediatamente que tem que coletar hemocultura, inicia antibióticos. A coisa é muito rápida, é para ontem.” (T3).

“Tu olhou pra ela (paciente) , ela está sorrindo, tu olhou pra ela, ela teve uma melena de 800ml, ela chocou. Então é muito rápido. Então tu não pode brincar, é uma tensão a todo momento[...] Tu tem que fazer alguma coisa

[...] e nisso tudo a gente tem que estar muito atenta e de repente ninguém se tocou.” (E1).

5.3.2 Cuidado pessoal

Dentre os cuidados com o ambiente e cuidados na prevenção de infecções, enquadram-se também os cuidados que cada profissional deve ter consigo mesmo.

Numa Unidade de ambiente protegido, onde há restrição na circulação de pessoas e na qual, muitas vezes, familiares são afastados de seus entes por representarem perigo de alguma forma, faz-se necessária uma coerência do profissional. É importante a consciência de cada um em atender esse paciente bem. E saber reconhecer quando não está em condições de saúde de exercer os cuidados em detrimento do que pode estar levando para este paciente. Aspecto bem considerado pelos profissionais:

“E os cuidados na neutropenia a gente sabe, não pode ta gripado, diarréia, herpes [...] Do profissional entrar gripado, com alguma infecção ou que tenha contato em casa com alguma criança que tenha tomado vacina, então a gente tem que ter essa tranqüilidade de atender o paciente bem.” (T3).

“Por exemplo eu to com resfriado, um resfriadinho que pra mim pode ser nada, mas pra eles , eles podem morrer por causa desse resfriadinho que eu levei pra eles [...] Agora que teve a vacinação da Rubéola nem isso a gente pode fazer. E vai da consciência de cada um porque ninguém vai saber se eu me vacinei ou não me vacinei[...] Eu estou deixando de me proteger por eles[...] Porque tu não fez pelos pacientes.” (T5).

Além disto, cabe à (o) enfermeira (o) supervisionar as condições de saúde de sua equipe ao exercer cuidados a pacientes neutropênicos, assim como declarou uma das enfermeiras:

“Eu tenho que ver se a equipe está adequada para trabalhar, se ela não vai ser uma outra forma de transmitir algum tipo de microorganismo para esse paciente porque ele não tem defesa. Então eu acho que a enfermeira é o carro chefe em termos de neutropenia[...]” (E2).

Além das condições de saúde, são necessários cuidados de higiene pessoal, bem internalizados pela equipe quando citam :

“[...] uniforme, que eu cuido para no máximo dois plantões, e na minha higiene pessoal, cabelo sempre amarrado, curto, as unhas também porque a gente não vê o que tem sob as unhas. Outra coisa, esses pacientes não suportam perfume, como eles enjoam muito, eu deixo de usar porque acho que é um cuidado para eles.” (T1).

“Minha higiene pessoal, porque eu acho o mais importante ter todo o conhecimento do que eu posso estar levando para o paciente neutropênico. Então a minha higiene, a minha saúde, que é muito importante.” (E3).

5.3.3 Aspectos emocionais

Devido ao longo período de internação, à grande responsabilidade integral que a equipe de enfermagem assume perante este paciente e ao contexto do procedimento, há um grande envolvimento psicoemocional entre equipe e paciente. Até mesmo porque neste momento de instabilidade, é necessário que a enfermagem estabeleça um vínculo agradável a fim de facilitar que o paciente melhor adapte-se às diferentes fases do tratamento. Para tal é interessante que a equipe não se centre somente no desenvolvimento de técnicas ou administração de tratamentos, mas também auxiliar o indivíduo a não perder sua dignidade quando se encontra doente (SILVA, 2002). Além disto, o preparo psicoemocional e a capacidade para interagir com os diversos membros da equipe também são fatores importantes (BONASSA, 2004).

Problemas entre a própria família do paciente também surgem. Desencadeia-se uma crise na qual há uma transformação naquele núcleo familiar. Há uma troca no desempenho de papéis e a ajuda do profissional de enfermagem em auxiliar no restabelecimento daquele vínculo familiar pode ser de grande valia. É um aspecto importante, e muitas vezes desconhecido das equipes que não prestam o cuidado integral àquele paciente. Como nos trouxe uma das profissionais:

“[...] tentar notar se ele tem problema de vínculo entre familiares e tentar refazer algum vínculo que se tenha perdido nessa família [...] Às vezes a

gente tem assim um pai que não consegue ver a filha se desfazendo, se desfigurando, então aquele pai tem que ser retirado pra se fazer um tratamento porque aquele pai começa a chorar muito [...] a gente tem muitos problemas desse tipo então isso também faz parte do cuidado, principalmente do profissional que fica mais tempo vinculado àquela criança [...] isso tudo faz parte do nosso cuidado.” (E1).

Entretanto, ao prestar assistência a pacientes com instável estado de saúde, submetidos a uma terapêutica extremamente agressiva e que pode tanto restabelecer o estado de saúde mas também levar o paciente ao óbito, é preciso que o profissional esteja preparado emocionalmente. As perdas são difíceis e o sentimento de impotência muitas vezes se apodera do profissional. Esta é uma preocupação bem reforçada pelos profissionais durante as entrevistas:

“Então nosso tempo de internação é muito prolongado e nossa rejeição é muito alta e muito grave o que faz com que o tempo de internação seja muito prolongada [...] quadros realmente bastante graves. O que faz com que nossos cuidados sejam extremamente intensos, e nossos cuidados de enfermagem estejam realmente bastante intensos, e nossos cuidados psicológicos sejam realmente bastante intensos. Então não raro a gente sai do quarto chorando. ” (E1).

“E outra coisa são as perdas, isso é complicado... e às vezes é muito rápido.” (T3).

Contudo, apesar do fato que nem sempre as situações apresentam o desfecho desejado, os profissionais consideram seu ambiente de trabalho extremamente envolvente, um ambiente agradável de se trabalhar e que lhes traz muita gratificação:

“Eu sou apaixonada pelo TMO, pela enfermagem em geral [...] E tudo envolve um monte de coisa e principalmente o emocional.” (T3).

“[...] embora tantas perdas, mas ao mesmo tempo as que ficam é muito gratificante.” (E3).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe de enfermagem é a que presta cuidados ao paciente de forma integral, responsabilizando-se por este ao todo. No contexto do Transplante de Medula Óssea, o papel do profissional de enfermagem é de fundamental importância, devido à grande complexidade que envolve esta terapêutica. Em decorrência disto, os bons resultados em Transplante de Medula Óssea dependem da qualidade do trabalho do enfermeiro e técnico de enfermagem nas diversas fases do procedimento.

Em razão do elevado risco de complicações a que o paciente submetido ao TMO está sujeito, um cuidado intenso é necessário, através de medidas rigorosas no controle de infecções, orientações ao paciente e sua família, além de um constante trabalho de conscientização da equipe prestadora destes cuidados. São estas medidas que garantem a qualidade do cuidado.

Infecções ocorrem com frequência e são as maiores causas de intercorrências no pós-TMO, em virtude do condicionamento pré-Transplante e do posterior tratamento imunossupressor para prevenir a rejeição do enxerto. Entretanto, nestes casos, complicações infecciosas se não detectadas e tratadas rapidamente, podem comprometer a adequada recuperação do paciente e até mesmo levá-lo ao óbito. Em relação a esta peculiaridade, os profissionais manifestaram profunda conscientização frente ao importante papel que desempenham diariamente na proteção a este paciente.

Durante as entrevistas os profissionais citaram alguns cuidados especiais dedicados a pacientes neutropênicos em relação à prevenção de infecções. Dentre estes se destacaram o cuidado na lavagem de mãos, cuidado no manuseio do cateter venoso central, preparo de medicações e cuidados com o ambiente.

No que se refere à lavagem de mãos, esta ação é acima de tudo respeitada e executada com rigor por todos os profissionais entrevistados. Uma vez que a lavagem de mãos com sabão de clorexidina antes e depois de qualquer tipo de contato com o paciente é considerada por eles como a principal forma de prevenir infecções.

O cateter venoso central recebe uma atenção especial dos profissionais. A equipe de enfermagem, como sendo a que mais manipula este cateter, torna-se a grande responsável por mantê-lo em adequadas condições de uso. Na prevenção de infecções relacionadas ao cateter, os profissionais referiram o uso de álcool 70% para desinfetar as conexões antes do manuseio.

No preparo de medicações, ação freqüentemente executada uma vez que a quantidade de medicamentos necessários a estes pacientes é elevada, os profissionais relataram ter singular preocupação na desinfecção de ampolas e frascos antes da abertura e aspiração. Além disto, referiram também atenção à dose prescrita, horário da administração e integridade das embalagens das medicações.

No que diz respeito ao cuidado com o ambiente, a equipe demonstrou grande preocupação em manter o ambiente limpo atentando para a restrição de visitantes.

Além desta proteção ao paciente, mostra-se um grande comprometimento dos profissionais em manter este paciente esclarecido de sua situação, conhecendo as particularidades de cada fase de seu tratamento, tornando-o apto para seu autocuidado posterior. Alguns profissionais consideraram essa preocupação na educação em saúde do paciente como prioritário no trabalho da enfermagem. Demonstraram grande capacidade de percepção das necessidades desses familiares, assim como interesse em trazê-los para o cuidado como forma de preservar sua independência. Entretanto relataram que a educação em saúde não é uma tarefa fácil, trazendo a resistência do paciente em compreender a necessidade dos cuidados como a maior das dificuldades.

Além das orientações ao paciente e familiar, considerou-se importante que a equipe também participe de uma educação continuada. Grande maioria dos profissionais relataram ter recebido treinamento de qualidade e reforços constantes na intenção de melhorar a qualidade dos cuidados. Porém, a busca por conhecimento é uma ação constante entre os profissionais entrevistados.

A equipe de enfermagem internaliza uma peculiar responsabilidade frente a este paciente. Esse comprometimento surge devido à grande complexidade que envolve o tratamento, ao longo tempo que esta equipe permanece junto a ele e ao vínculo que se cria por sua longa permanência na unidade.

Os profissionais relataram que trabalhar com competência é fundamental para manter o adequado atendimento e evitar complicações e, para isto, dedicam cuidados extremos aos pacientes neutropênicos. Dentre os quais se destacaram: atenção e rigor nas técnicas dos procedimentos, dinamismo e agilidade em reconhecer e tratar complicações, cuidados pessoais de higiene e saúde. Referiram também que têm plena consciência das conseqüências a que podem expor seus pacientes se não dedicarem atenção a estes cuidados.

Outro aspecto muito interessante trazido pelos profissionais foi o envolvimento psicoemocional da equipe frente à situação do paciente. Atribuíram este envolvimento ao longo tempo que passam ao seu lado. A partir deste convívio, passam a conhecer o paciente, seus familiares, sua dinâmica familiar e, com isto, passam a identificar momentos de crise e a avaliar quando estas situações estão, de alguma forma, interferindo na recuperação deste paciente. Por esta razão, sentem-se responsáveis por auxiliá-los no enfrentamento desta situação. Citam também as perdas como momento de forte impacto dentro da equipe de enfermagem.

Contudo, apesar de momentos de crise, tristeza e perdas notou-se um grande entusiasmo dos profissionais ao falarem sobre sua responsabilidade frente a este paciente, considerando seu trabalho extremamente envolvente, um ambiente agradável de trabalhar e que lhes traz muita gratificação.

REFERÊNCIAS

ANDERS, Jane Cristina; LIMA, Regina Aparecida Garcia de. Growing up with bone marrow transplantation: repercussions for the quality of life of children and adolescents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 6, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Apr 2008.

BONASSA, Edva Aguilar Moreno. **Enfermagem em terapêutica Oncológica**. 3.ed .São Paulo; Atheneu, 2004 538p.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998: Lei do Direito Autoral**. Brasília: Diário Oficial da União, 1998.

CRUZ, Elaine Drehmer de Almeida; MOREIRA, Ivanete; QUIQUIO, Zélia de Fátima; Prevenção de infecções associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.5, n.esp.,p 46-55, jan/jun. 2000.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOLDIM, José Roberto; FRANCISCONE, Carlos Fernando. Ética aplicada à pesquisa em saúde. In CLOTET, Joaquim; FEIJÓ, Anamaria; OLIVEIRA, Marília Gerhardt de. **Bioética: uma visão panorâmica**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. 280p. p. 119-127.

FAGUNDO, Jaime; BALEA, Juan Carlos Dorticos; MORAN, Elvira Pavon. Valia *et al.* **Aspectos inmunológicos del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas**. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter.* [online]. sep.-dic. 2006, vol.22, no.3 [citado 10 Mayo 2008], p.0-0. Disponible en la World Wide Web:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892006000300003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0289.

MATSUBARA, Tatiana Camila et al. Family crisis in the context of bone marrow transplantation: an integrative review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, 2007 Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de abril de 2008.

NAOUM, Flávio A. et al. Microbiological profile of patients in the first third days post bone marrow transplantation of the Transplantation Service in Santa Casa, Sao Paulo. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto, v. 24, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151684842002000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 de abril de 2008

ORTEGA, Euza T. T. et al. **Compêndio de Enfermagem em transplante de células tronco-hematopoéticas: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações**. Curitiba: editora Maio, 2004. 436p.

PERES, Aida Maris. Análise das atividades de enfermagem em serviço de transplante de medula óssea. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.5, n.esp.,p 29-32, jan/jun. 2000.

PERES, Rodrigo Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos. Linkings between patients' personality and bone marrow transplant survival: bibliographical review. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, 2006. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722006000200013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20 de abril de 2008.

REIS, Maria A. L.; VISENTAINER, Jeane E. L.. Immunology reconstitution after allogeneic bone marrow transplantation. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** , São José do Rio Preto, v. 26, n. 3, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842004000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 de abril de 2008.

RIUL, Sueli; AGUILLAR, Olga Maimoni. Contribution to the organization of the service of bone marrow transplantation and nurse's performance. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, 1997 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691997000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de abril de 2008

SILVA, Lúcia Marta Giunta da. A brief reflection on self-care in hospital discharge planning after a Bone Marrow Transplantation (BMT): a case report. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 Apr 2008.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Cuidando com qualidade, consciência e confiança - reflexões teóricas. **Rev. Paul Enf**, v. 21, n.1 , p. 5-11, 2002.

SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Nursing care and Hickmans catheter: the search for evidence. **Acta paul. enferm.** , São Paulo, v. 18, n. 3, 2005 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Apr 2008.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar voluntariamente do presente estudo sob o título de “**O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**”, de autoria da acadêmica de enfermagem **Jaqueline Alves Gluszcuk** - que poderá ser contatada através do nº (51)98258096 ou e-mail: jackiegluszcuk@pop.com.br, sob a orientação da professora **Dra. Dulce Maria Nunes** (51-97123102 ou e-mail: dulce.nunes@globo.com) , ambas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Este estudo tem a finalidade de investigar o que os profissionais de Enfermagem conhecem acerca de sua responsabilidade nos cuidados aos pacientes Pós-Transplante de Medula Óssea em período de neutropenia, buscando enfatizar a responsabilidade da equipe de Enfermagem quanto a qualidade de seus cuidados a estes pacientes tão vulneráveis.

Para a realização da pesquisa será utilizada uma entrevista semi-estruturada constituída de questões que tratem sobre o conhecimento da responsabilidade nos cuidados a pacientes Transplantados de Medula Óssea no período de neutropenia, a qual poderá ser gravada para posterior transcrição e análise.

Respeitando os aspectos éticos da pesquisa, asseguro que sua identidade será preservada na divulgação dos resultados do estudo. Você não sofrerá qualquer prejuízo em relação às respostas dadas, assim como não será prejudicado em seu expediente na ocasião do preenchimento do questionário. Você poderá desistir da entrevista a qualquer momento que se sentir desconfortável e interromper o procedimento sempre que achar necessário esclarecer suas dúvidas em relação à pesquisa.

Eu _____ concordo em participar voluntariamente do estudo. Fui informado(a) sobre os objetivos, justificativa e utilização do instrumento de coleta de dados da pesquisa, de forma detalhada e livre de qualquer constrangimento e coerção.

Porto Alegre, ___/___/___

Assinatura do entrevistado: _____

Dulce Maria Nunes

Professora Orientadora

HCPA / GPPG
VERSÃO APROVADA

11/10/2008
M 08356

GPPG - Recebido

04 SET. 2008

Por

Fabi 08356

Jaqueline Alves Gluszcuk

Acadêmica de Enfermagem

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS**Identificação**

a) Nome(opcional):

b) Função ocupada na unidade: Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

c) Tempo de experiência em cuidados a pacientes pós-tmo em período de neutropenia:

d) Turno de expediente: manhã tarde noite 1 noite 2 noite 3

6º turno

Você, _____(categoria profissional) , que trabalha nesta Unidade, poderia me falar sobre:

1) Qual é a responsabilidade do profissional (Enfermeiro/ Técnico de enfermagem) no cuidado ao paciente neutropênico pós- TMO?

2) Quais os cuidados que você , Enfermeiro/ Técnico de enfermagem, desenvolve aos pacientes neutropênicos? Por quê?

3) Você, Enfermeiro/Técnico de Enfermagem conhece as conseqüências a que os pacientes neutropênicos estão expostos devido a negligências nos cuidados de enfermagem?

4) Você, Enfermeiro/Técnico de Enfermagem recebeu orientações quanto à importância do cuidado de enfermagem aos pacientes em neutropenia pós- TMO ao ingressar nesta unidade?

5) Você gostaria de acrescentar mais alguma informação que não foi comentada mas que considera importante sobre a responsabilidade do cuidado de enfermagem aos pacientes neutropênicos?

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DA COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – GPPG HCPA



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 08-356

Versão do Projeto: 04/09/2008

Versão do TCLE: 04/09/2008

Pesquisadores:

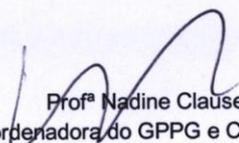
DULCE MARIA NUNES

JAQUELINE ALVES GLUSZCZUK

Título: O CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A PACIENTES PÓS TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 11 de setembro de 2008.


Profª Nadine Clausell
Coordenadora do GPPG e CEP-HCPA