



Cláudia do Rosário Gião
Risso Cavas Pinhão

Mapear o cuidado para regressar a casa

A Qualidade da Intervenção Educativa de Enfermagem no
Planeamento da Alta da Pessoa Submetida a Transplante
de Progenitores Hematopoiéticos

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Alice Ruivo e co-orientação científica da Professora Doutora Lucília Nunes.

Outubro de 2012



Cláudia do Rosário Gião
Risso Cavas Pinhão

Mapear o cuidado para regressar a casa

A Qualidade da Intervenção Educativa de Enfermagem no
Planeamento da Alta da Pessoa Submetida a Transplante
de Progenitores Hematopoiéticos

Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde do
Instituto Politécnico de Setúbal, para cumprimento dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem
Médico-Cirúrgica realizada sob a orientação científica da
Professora Doutora Alice Ruivo e co-orientação científica da
Professora Doutora Lucília Nunes.

Outubro de 2012

- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

[DECLARAÇÕES]

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projecto é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Claudia do Rosario Pinheiro

Setúbal, 12 de Outubro de 2012

Declaro que esta Dissertação / Trabalho de Projecto se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O(A) orientador(a),

Alcides / co-orient:
Helena Nunes

Setúbal, 12 de Outubro de 2012...

***Nesta forma de construção da excelência, aprende-se continuamente através de todas as formas de pesquisa, conhecimento decorrente da experiência clínica e reflexão pessoal¹,
(Duffy:2009, Kindle edition).***

*In this way of building excellence, one learns continuously through all forms of research, clinical experience-generated knowing and personal reflection,
(DUFFY, J. (2009). Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education and leadership. Kindle edition, New York: Springer
Publishing Company. ISBN 9780826121288)*

Todos nós temos um mapa mais ou menos concebido que nos conduz ao longo da vida. Eu tenho o meu!... Contudo há lugares que só podem ser alcançados e valorizados mediante a colaboração de outras pessoas, que nos incentivam, acompanham e desafiam durante a concretização desse percurso. São elas também que nos mostram novos lugares e, que sozinhos, dificilmente conheceríamos. Indiscutivelmente, muitos foram os que colaboraram direta ou indiretamente para que o trajeto do Mestrado de natureza profissional esteja, hoje, a ser concretizado. A essas pessoas que fomentam a dinâmica deste mapa, quero deixar o meu reconhecido agradecimento.

Às minhas orientadoras, Professora Doutora Lucília Nunes e Professora Doutora Alice Ruivo, pelo rigor científico, apoio permanente, incentivo, amizade e autonomia concedida durante todo o processo de orientação do trabalho;

Às colegas e amigas de percurso formativo, Susana Duarte, Filipa Banha, Cátia Samina e Fernanda Monteiro, pela partilha de momentos de formação, de resultados de investigação, de descontração e motivação, e ainda, aos meus colegas da STPH que colaboraram neste projeto, e com os quais reconheci a autenticidade e mais-valia do trabalho em equipa;

Às Pessoas e famílias a quem prestei cuidados de enfermagem que têm potenciado o meu desenvolvimento pessoal e profissional específico na procura da excelência;

Aos meus familiares e amigos, nomeadamente, ao meu Pai, por ter acreditado sempre nas minhas potencialidades, à minha Mãe, pelo apoio incondicional em todas as fases da minha vida, e ainda, a todos os meus Amigos, aos quais foi muitas vezes roubado o tempo de convivência e lazer.

Por último, e de uma forma muito especial, ao Pedro, pela presença, compreensão e confiança demonstrada em todos os momentos que marcaram e desafiaram a minha vida pessoal e profissional;

A todos/as, muito obrigada....

Continuemos

RESUMO

Contexto e Objetivo

Visando melhorar a qualidade dos cuidados em Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (TPH), foram implicadas competências de investigação científica, para promover a prática baseada na evidência, na área problemática da intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.

Metodologia

A primeiro tempo, foi implementada a metodologia investigativa centrada na resolução de problemas mediante projeto de intervenção no fenómeno problemático, cuja futura ampliação depende de actualização científica a segundo tempo, exequível mediante a revisão integrativa dos artigos disponíveis nas bases de dados, publicados entre 2000 e 2011. Foi concebido um protocolo de revisão circunscrevendo uma amostra de 21 artigos científicos, posteriormente sujeitos a análise descritiva. Os resultados foram sintetizados em matrizes, e classificada a evidência, refletindo sobre a confiabilidade deste procedimento. Por último, foram ponderados à luz do Modelo Qualidade - Cuidado © (2003).

Resultados e Discussão

Sobressaem dados da estrutura incluída ao fenómeno. Com relevância, as competências específicas do enfermeiro em TPH implicadas no processo educativo, as condicionantes do indivíduo e família, e particularidades físicas e organizacionais para a intervenção educativa em TPH. São expostas evidências relativas à relação de cuidados, específicas em enfermagem e colaboração multidisciplinar, salientando-se a variedade de modelos orientadores de práticas educativas, e promotores de resultados intermédios de adesão, aprendizagem, segurança e capacitação. São apresentados os potenciais resultados futuros, relacionados com os processos estudados, com relevância para: Qualidade de Vida e Satisfação.

Conclusões e Implicações práticas

A amostra de evidências apresenta fraca a moderada confiabilidade, carecendo de dinamização de estudos com rigor científico. Todavia, verificam-se subsídios para o desenvolvimento do conhecimento respeitante ao fenómeno estudado, englobados na construção do mapa conceptual orientador da ação prática: O Cuidado para Regressar a Casa.

PALAVRAS-CHAVE:

Planeamento da alta em TPH; Intervenção educativa; Qualidade cuidados enfermagem; Metodologia de projeto; Revisão integrativa.

ABSTRACT

Background and Purpose

Aiming to improve the quality of care in Hematopoietic Stem Cell Transplantations (HSTC), scientific research skills were involved to promote evidence-based practice. The nursing educational intervention for HSTC discharge planning sets up the problem area, supported by theory and project-based learning.

Methodological approach

First, the research approach adopted problem solving activities through an intervention project methodology, focusing on the problematic phenomenon; meanwhile, the need for scientific evidence update arose. An integrative review was developed covering available articles in databases published from 2000 to 2011; it was carried out according to a pre-defined protocol. The sample was composed of 21 articles, submitted to descriptive analysis and level of evidence classification. We've done a summary and reflect on the process reliability. The results that expose sensitive factors in the phenomenological field of study were discussed and matched to the Quality - Caring Model © (2003).

Findings

Prominent structural features included the phenomenon with greater relevance: the specific HSTC skills of nurses involved in the educational process, the individual and family constraints, the specific physical possibilities and organizational educational interventions in HSTC; the relationship care evidence is exposed concerning to nursing discipline specificity and multidisciplinary collaboration, highlighting the variety of models guiding the educational intervention, promoters of intermediate results of compliance, learning, safety and empowerment. Furthermore, there is presented the potential future results, satisfaction and Quality of Life, related to the studied processes.

Conclusions and implications for practice

The sample shows weak and moderate consistency of evidence, requiring encouragement of scientific accuracy; however, it supports the development of knowledge concerning to the studied phenomenon, including the construction of the concept map for practical action guiding: Caring to Back Home.

KEYWORDS

HSCT discharge planning; patient education; Quality care nursing; Project methodology; Integrative review.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AACN - Associação Americana de Enfermagem de Cuidados Críticos	JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
AAE - Associação Americana de Enfermeiros	LMA - Leucemia Mieloide Aguda
APA - <i>American Psychological Association</i>	LMC - Leucemia Mieloide Crónica
CDC - Centro para Controlo e Prevenção da Doença	LNH - Linfoma de não-Hodgkin
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros	LV – Lista de Verificação
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem	MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CPGEMC – Curso de Pós Graduação em Enfermagem Médico-Cirúrgica	MM - Mieloma Múltiplo
CPLEEMC - Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica	NE – Nível de Evidência
DECH – Doença Enxerto contra Hospedeiro	OE – Ordem dos Enfermeiros
DGS - Direção Geral de Saúde	OIP - Organização Internacional de Padronização
Dr. – Doutor	OMS - Organização Mundial de Saúde
E - Estudo	ONS - Sociedade de Enfermagem Oncológica
EBMT - European Group for Blood and Marrow Transplantation (Grupo Europeu de Sangue e Transplantação de Medula)	PBPC - Células Progenitoras do Sangue Periférico
ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System (Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos)	PMI - Project Management Institute
ESS – IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal	PNS – Plano Nacional de Saúde
HLA - Antígeno Leucocitário Humano	QV – Qualidade de Vida
IPQ - Instituto Português para a Qualidade	QVS – Qualidade de Vida relacionada com Saúde
ISCT - Internacional de Terapia Celular	SOE - Sociedade Oncológica de Enfermagem
JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations	STPH - Serviço de Transplante de Progenitores Hematopoiéticos
	TBI - Irradiação Total do corpo
	TMO – Transplante de Medula Óssea
	TPH – Transplante de Progenitores Hematopoiéticos
	UTM – Unidade de Transplante de Medula

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
PARTE I: MAPEAR A INVESTIGAÇÃO	29
1. O contexto para a investigação do fenómeno	30
1.1. Qualidade em saúde	30
1.1. 1. Qualidade em enfermagem: percurso epistemológico	34
1.1.1.1. O modelo de Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins (2003)	36
1.1.1.2. O modelo de Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins (2003) aplicado à investigação.....	39
1.1.2. A qualidade em enfermagem: referencial atual.....	40
2. O fenómeno em investigação.....	44
2.1. O transplante de progenitores hematopoiéticos	44
2.1.1. Nota histórica	45
2.1.2. A pessoa submetida a transplante de progenitores hematopoiéticos.....	46
2.1.3. O planeamento da alta da pessoa submetida a transplante de progenitores hematopoiéticos.....	49
2.1.3.1. A intervenção educativa	51
3. O fenómeno compreendido na prática baseada em projeto	58
3.1. O projeto: criação de instrumento de orientação e verificação do processo educativo	59
4. O método para a investigação do fenómeno (atualização científica).....	66
4.1. A escolha do método para investigar o fenómeno	66
4.2. O desenho de investigação	66
4.3. Procedimento para a pesquisa e seleção dos estudos	72
4.3.1. Objetivo do estudo	72
4.3.2. Pergunta norteadora do estudo	68

4.3.3. Objetivos específicos do estudo.....	73
4.3.4. A pesquisa e seleção dos estudos.....	73
4.3.5. Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	76
4.3.6. Apresentação da revisão integrativa.....	78
4.3.7. Aspectos éticos.....	78
PARTE II: MAPA DAS EVIDÊNCIAS DO FENÓMENO	79
1. Apresentação e discussão dos resultados incluídos na revisão integrativa	80
1.1. Categorias identificadas nos estudos selecionados	90
1.1.1. Estrutura ou participantes.....	92
1.1.1.1. Pessoa e família.....	92
1.1.1.2. Prestadores de cuidados.....	99
1.1.1.3. Sistema de cuidados	103
1.1.2. Processo ou relacionamentos de cuidados.....	107
1.1.2.1. Relacionamentos independentes.....	107
1.1.2.2. Relacionamentos colaborativos	111
1.1.3. Resultados	113
1.1.3.1. Sentir-se cuidado	114
1.1.3.2. Pessoa/família.....	115
1.1.3.3. Prestadores de cuidados.....	116
1.1.3.4. Sistema de cuidados	117
1.2. O cuidado para regressar a casa: o mapa orientador da proposta para a prática baseada na evidência.....	119
CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
BIBLIOGRAFIA	129
ÍNDICE DE AUTORES	146

APÊNDICES 149

APÊNDICE A: Plano do projeto de construção de um instrumento (lista de verificação) para orientação e registo do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao tph, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados 151

APÊNDICE B: Cronograma projeto construção de um instrumento (LV) para orientação e registo do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TPH, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados 161

APÊNDICE C: Cronograma final da concretização do projeto construção de um instrumento (lista de verificação) para orientação e registo do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TPH, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados 165

APÊNDICE D: Lista de verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao TPH – preparação e alta..... 169

APÊNDICE E: Guia orientador – lista de verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao transplante de medula óssea – preparação e alta 173

APÊNDICE F: Planeamento da ação formativa dirigida à equipa de enfermagem para apresentação da lista de verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao transplante de medula óssea – preparação e alta, e respetivo guia orientador. 236

APÊNDICE G: Ação formativa dirigida à equipa de enfermagem para apresentação em power point da lista de verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao transplante de medula óssea – preparação e alta, e respetivo guia orientador. 243

APÊNDICE H: Bases de dados de produção e investigação científica das áreas das ciências da saúde e das ciências de enfermagem (EBSCO, 2012)..... 267

APÊNDICE I: Análise descritiva dos artigos selecionados: dados identificativos, fonte, dados metodológicos, objectivo, classificação ne e resumo dos principais resultados	271
APÊNDICE J: Quadros de análise de conteúdo dos artigos selecionados	307
APÊNDICE K: Artigo científico - mapear cuidado para regressar a casa	323

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Classificação dos níveis de evidências (NE) (Melnik e Fineout-Overholt, 2005)....	71
QUADRO 2: Protocolo de revisão integrativa.....	74
QUADRO 3: Matriz A: Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.....	83
QUADRO 4: Matriz B - Síntese da identificação das categorias major do Modelo Qualidade-Cuidado © (Duffy e Hoskins, 2003) - Estrutura/participantes, processo/relacionamentos de cuidados e resultados – presentes nos artigos selecionados e classificados em nível de evidência para a revisão integrativa relativa à intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.....	91

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Distribuição por ano de publicação	80
GRÁFICO 2: Distribuição pelo idioma de publicação.....	81
GRÁFICO 3: Distribuição pelo país de origem da investigação.....	81
GRÁFICO 4: Distribuição por Classificação de níveis de evidência das publicações.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo da Qualidade-Cuidado ©, Duffy e Hoskins (2003) [traduzido por: Venturi <i>et. al.</i> , 2009:283].....	38
FIGURA 2: Mapa Sinóptico do percurso de consecução do projeto de "Criação de um instrumento de orientação e verificação do processo educativo" (Conselho da Europa e Comissão Europeia, 2000; Barbosa e Castro, 2003).....	62
FIGURA 3: Mapa do trajeto de teste de evidência na seleção da amostra de estudos incluídos na revisão	77
FIGURA 4: Mapa do Cuidado para Regressar a Casa: Mapa conceptual da representação de evidências científicas da intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, categorizadas à luz do Modelo Qualidade Cuidado© (2003).....	121

INTRODUÇÃO

Contexto do trabalho

O posicionamento numa perspetiva andragógica, definida pela formação contínua ao longo da vida (Knowles, 1980), conciliado com a direção identitária, que traduz a forma de viver o trabalho e de conceber a vida profissional no tempo biográfico (Canário, 2003), constituíram eixos de extrema importância no percurso vivenciado ao longo do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, vertente profissionalizante, no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (ICMEMC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS-IPS)². O culminar desta etapa expressa-se em forma de trabalho científico, que se deseja original, num campo específico do conhecimento, de promoção de aprendizagem ativa, centrado no desenvolvimento de competências e sob a ótica de formação-ação³. Para a seleção do tema e a sua condução, as regras enunciadas e ordenadas por Umberto Eco (2010), relativas à maneira de operar a investigação em ciências humanas, tomaram especial importância. Aliamos também a pertinência das considerações de Fortin (2003), na construção do mapa orientador do presente estudo, que na perspetiva de Damásio (2010) é essencial para uma gestão sofisticada, e que Novak (2000) sustenta numa vertente instrumental - mapa conceptual - para representação do conhecimento.

A capacidade de mapeamento do cérebro serve o seu objetivo de gestão. A um nível simples, o mapeamento pode detetar a presença ou indicar a posição de um objeto no espaço, ou direção da sua trajetória. Isso pode ser útil para localizar um risco ou uma oportunidade, e evitá-lo ou aproveitá-la, (Damásio, 2010:100).

² O Decreto-lei 74/2006 de 25 de Março, preconiza que *no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar, predominantemente, a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional* (artigo 18º, nº 4), de acordo com os critérios expressos no referido Decreto-lei, artigo 20º, nº 1; Adaptando o artigo 15º do mesmo Decreto-lei e concordando com os documentos do curso, trata-se de uma formação científica de carácter profissionalizante, de conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção, (Departamento de Enfermagem ESS-IPS (2011). Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do trabalho de mestrado. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS:4).

³ Consiste em organizar a formação, em articulação estreita com os contextos de trabalho, a partir de uma lógica de resolução de problemas. (Canário, 2003:128)

Assim, localizando simultaneamente o risco e a oportunidade, a interceção das coordenadas significativas, fruto das presentes circunstâncias específicas das adequações decorrentes do percurso profissional em Enfermagem e em contexto de formação especializada⁴, facilitaram a identificação do conhecimento subjacente, formulação do problema de investigação e a condução da busca de mais e melhor conhecimento.

Coordenadas Problemáticas:

O trajeto pessoal, profissional e académico, cuja construção ao longo da linha cronológica, se alicerçou no desenvolvimento de competência científica, técnica e humana na qualidade de Enfermeira, no contexto da ação no Serviço de Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (STPH), espelha o posicionamento geral a partir do qual se construiu o mapa da problemática. É evidente o constante interesse pela dinamização da área da intervenção educativa respeitante à pessoa submetida a Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (TPH) e respetivos significativos, com expressão nos projetos implementados ao longo do percurso profissional, visando as diferentes populações alvo: pessoa, cliente de cuidados; família, parceiro na prestação de cuidados; e grupo de pares. O assinalado investimento decorre da perceção do importante papel desempenhado pelo enfermeiro enquanto educador no programa de TPH e promotor da qualidade do mesmo.

A reflexão sobre a própria experiência motiva a procura de soluções que se disponham a melhorar a prática de enfermagem na indicada realidade, (Costa, 1998). Exposto este mandato, a definição da questão problema restringe o campo a explorar: Como melhorar a qualidade da intervenção educativa na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TPH?

Suportando o momento da descoberta (Eco, 2010) e avançando no sentido da definição do domínio de investigação implicado na questão problema colocada (Fortin, 2003), germina o seguinte segmento do mapa, mediado pela exposição e relação das hipóteses conceptuais derivadas da investigação científica, e que demonstram a pertinência da exploração da problemática no âmbito da disciplina de Enfermagem, demarcando o campo de conhecimentos implicado.

⁴ Salientam-se o exercício profissional no Serviço de Transplante de Progenitores Hematopoiéticos, sito em Centro Oncológico na área de Lisboa e Vale do Tejo, e a frequência do ciclo de formação na área especializada (em regime de adequação e equivalência) promovido pela ESS-IPS, designadamente, a II Pós Graduação em Enfermagem Médico-cirúrgica [2008-2009, (PGEMC)], o I Curso de Pós Licenciatura em Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica [2010-2011, (CPLEEMC)] e o I Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica [2011-2012, (MEMC)].

Contemplamos, por isso, o panorama contemporâneo de prestação de cuidados em Enfermagem, sendo manifesto o empenho no estabelecimento de políticas prioritárias, por parte de entidades internacionais e nacionais⁵, no desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde. Visam expressão na prestação de cuidados de saúde à Pessoa⁶, definida como o *sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção*, (CIE, 2005:169), e cujos papéis, determinados na versão de discussão do PNS para 2011-2016, são: *i) doente, com necessidades específicas; ii) consumidor, com expectativa e direito a cuidados de qualidade; iii) contribuinte e recurso de financiamento; iv) coprodutor de cuidados, adesão terapêutica e comportamentos que promovem a sua saúde e a dos outros*, (Alto Comissariado da Saúde, 2011:7).

A melhoria da qualidade tem sido indicada em estudos recentes, onde os resultados a relacionam com vários conceitos, como a satisfação dos doentes, os fenómenos de cumprimento e adesão⁷ à terapêutica, qualidade de vida, custos em saúde e segurança em saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) associa a falta de adesão à terapêutica com efeitos adversos na qualidade dos cuidados de saúde, e *interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação e promovendo a utilização de meios diagnósticos e de tratamento desnecessários*, (Bugalho e Carneiro, 2004:14). Adquire função pioneira na promoção de estratégias para a qualidade em saúde, também, no âmbito da doença crónica.

Para delinear estratégias de melhoria da qualidade que se deseja contínua, especificamente no âmbito da doença crónica, deve-se refletir a ação de prestação de cuidados de saúde, indissociável da Pessoa, como um conceito complexo, constituído por múltiplos fenómenos interagindo num contexto específico. Estão documentados vários modelos de avaliação dos contextos de saúde numa perspetiva qualitativa, com origem numa observação sistemática e positiva, como é o exemplo da tríade estrutura-processo-resultado, proposta por Donabedian (1966). Todavia, a multiplicidade de disciplinas implicadas nos processos em saúde, ao longo do tempo, levaram a um crescente interesse na adaptação e integração deste modelo, distinguindo a responsabilização a

⁵ Organização Mundial de Saúde, o Conselho Internacional de Enfermeiros, Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde, (OE, 2002).

⁶ Designada como Cidadão pelo Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2011-2016, ou Cliente e alvo de cuidados de enfermagem pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE, 2005) e pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2003).

⁷ A adesão terapêutica é definida como o grau ou extensão em que o comportamento da Pessoa, em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde. (*the extent to which a person's behavior – taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider*, in WHO (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization: 4. ISBN 92 4 154599 2).

que estão acometidas na satisfação da pessoa foco de atenção. A enfermagem não é exceção, sendo exemplo sensível para este estudo, o modelo de Qualidade - Cuidado © proposto por Duffy e Hoskins (2003). Trata-se de uma teoria de médio alcance, com raiz no modelo de Qualidade de Saúde de Donabedian e na Teoria do Cuidado Humano de Watson, e que derivou da teoria com vista à prática, com potencialidades essenciais para a ação e formação, tendo sido estudada em múltiplos cenários de prestação de cuidados de saúde. Pressupõe que as relações de cuidados possibilitam resultados de saúde positivos para os seus participantes, procurando continuamente a evidência da qualidade, (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

O TPH⁸ define-se, hoje, como uma modalidade de tratamento com taxas significativas de sucesso para situações em cujas doenças se apresentam como potencialmente fatais, com a cura ou o prolongamento da vida muito para além do que seria de esperar pela história natural da doença. Área de intervenção com recente desenvolvimento alia a persecução de critérios qualitativos, com a criação de entidades reguladoras e de certificação da qualidade; assinala-se a relevância do Grupo Europeu de Sangue e Transplantação de Medula (EBMT – *European Group for Blood and Marrow Transplantation*) para a realidade portuguesa. Tem a missão de promover a excelência na ciência de forma a melhorar os resultados em TPH, comunicando a todos os implicados os desenvolvimentos neste campo; assume papel fulcral na definição de padrões rigorosos de qualidade e na melhoria do processo de autocuidado da Pessoa mediante a educação e comunicação, (Thomas, 2004; Madrigal e Sureda, 2012).

O percurso inerente ao TPH pode enfrentar uma categorização na dimensão crónica, podendo prolongar-se durante meses ou anos, dependendo de fatores que podem manter ou maximizar a vida, nomeadamente no que diz respeito aos regimes complexos de terapêutica que implicam toxicidades e alta suscetibilidade à infeção, e a mudanças significativas no estilo de vida, (Apperley *et. al.* 2008; Coordinnier *et. al.et. al.*, 2008).

O tipo de abordagem terapêutica no TPH e a disponibilidade de suporte de cuidados informais contribuem para decidir em que contexto decorre o TPH: ambulatório e/ou internamento. No caso de hospitalização, o período necessário visa a recuperação do problema de saúde da pessoa e objeto dos efeitos decorrentes do TPH, no intuito de melhorar e de se reintegrar na sociedade, após a alta

⁸ Diversos autores definem o TPH como uma modalidade de tratamento de patologia do sistema hematopoiético, sejam elas de origem neoplásica, imunológica, hereditária ou aplasia medular, que utiliza altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia, recorrendo em seguida ao “resgate” por meio de infusão de células progenitoras hematopoiéticas (presentes na medula, sangue periférico ou cordão umbilical), (Udina, 2007; Apperley *et.al.*, 2008; Coordinnier *et.al.*, 2008).

hospitalar. Em termos gerais, o planeamento da alta, cujas intervenções visam garantir continuidade de cuidados, no qual a comunicação tem papel essencial, e que deve ser iniciado no dia da admissão hospitalar, envolvendo o doente, a família e a equipa de saúde, essencial para assegurar a obtenção de ganhos em saúde, (Grimmer e Moss, 2001; Ferreira, *et. al.*, 2011).

O não cumprimento do regime terapêutico pelos doentes sobressai como fator para o transplante fracassar, (Bishop *et. al.*, 2002; Bugalho e Carneiro, 2004; Kiss e Kainz, 2008; Mumbay *et. al.*, 2011).

A não adesão terapêutica é definida como um fenómeno multifatorial, relacionando-se também com os profissionais e serviços de saúde. Os Enfermeiros, combinam os aspetos ideais para sustentar estratégias de planeamento da alta que visem resultados positivos em saúde, designadamente, no âmbito do TPH (Whedon, 1997; OE, 2001; OMS, 2003; Appelbaum, 2009; Duffy, 2009).

Destacando-se o Enfermeiro como a fonte de informação mais rapidamente disponível para a Pessoa submetida a TPH e família, esta sua ação pode contribuir para melhorar a experiência de TPH, (Whedon, 1997; OE, 2002; OMS, 2003; 2004; Bugalho e Carneiro, 2004).

De acordo com as pesquisas realizadas, a estratégia educativa, intervenção autónoma de enfermagem⁹, e respetivas obrigações legais decorrentes da profissão (relacionadas com a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem e planeamento da alta) apresentam resultados na capacitação da Pessoa posicionada no paradigma da integração. É crucial a defesa da proactividade no prosseguimento, em segurança, do seu projeto de saúde que é essencial para o sucesso dos programas de TPH, (OE, 2002, Thomas, 2004).

A coordenação programada dos cuidados e a utilização de recursos estruturais, podem assistir a abordagem baseada no problema específico. Beneficia a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, pelo fomento da solução de problemas com a implementação da prática baseada na evidência, (Lusardi *et. al.*, 2002; Mueller, 2007; OE, 2007; Appelbaum, 2009; CIE, 2012).

Ancorada nas frações mapeadas, a questão problemática soma a consideração prática no apelo sinóptico, narrando as ligações significativas ao conhecimento da experiência quotidiana, maior fonte de teoria prática de enfermagem, sob o princípio de *a pesquisa se debruça(r) sobre um objeto*

⁹ Consideram-se autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem. (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei n.º 161/96, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, Artigo 9º, alínea 2)

reconhecível e definido de tal modo que seja igualmente reconhecível e definido pelos outros, (Eco, 2010:52; Damásio, 2010; Parker e Smith, 2010).

As formações especializadas de natureza profissional, em contexto clínico de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TPH, Curso de Pós Graduação e Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica (CPGEMC e CPLEEMC), decorridas entre 2008 a 2009 e entre 2009 a 2010 (no total de 90 ECTS (56 ECTS e 34 ECTS) ¹⁰, em regime de adequação conforme o Processo de Bolonha, e alvo de equivalências e validação de competências especializadas no âmbito do presente ciclo de estudos), proporcionaram o espaço para o desenvolvimento da perspetiva de aprendizagem ao longo da vida, concretizando a metodologia de aprendizagem ativa – aprendizagem baseada em projeto – sob a forma de trabalho de projeto, *metodologia investigativa centrada na resolução de problemas* (Castro e Ricardo, 2001:11). No assinalado espaço temporal, foi articulado, de *forma coerente e sistemática, um projeto que incorpora a intervenção* (Leite, Malpique e Santos, 2001:75) de indivíduos participantes para resolverem um mesmo problema, designado e reconhecido entre pares da equipa de Enfermagem: Conhecimento da pessoa submetida a TPH sobre os cuidados no período após a alta. Dada a manifesta pluridimensionalidade (estrutura, processo e resultados em constante relação), priorizou-se a qualidade da intervenção, iniciando com a assistência fracionada à problemática identificada, definindo o problema parcelar. A equipa salientou a pertinência de conceber uma estratégia criativa e estrutural, contribuinte para a coordenação da continuidade do processo educativo de enfermagem no planeamento da alta, objetivando efeito nos resultados. Desta forma, deriva a questão: Qual a estratégia a desenvolver para promover a qualidade do processo educacional no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH?

A interseção dos contributos científicos com as sugestões empíricas de elementos da equipa, fundaram o planeamento do projeto para a construção de uma lista para a verificação do processo educativo realizado à pessoa submetida a TPH e respetivo guia orientador de registo, com potencial contributivo para solucionar o problema parcial. A concretização e gestão do trabalho de projeto tem fundamento na sequência de etapas enunciadas pelo Conselho da Europa e Comissão Europeia (2000). É sugerida a sua gestão em forma de ciclo alvo de atualização.

Explanadas as coordenadas problemáticas significativas, onde a utilidade, atualidade e interesse do fenómeno ou facto foco da investigação (*A Intervenção Educativa de Enfermagem no planeamento*

¹⁰ *European Credit Transfer and Accumulation System*, ou seja, Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos.

da alta da pessoa submetida a TPH) se explicaram ou subentenderam nas relações preposicionais constantes aos diferentes segmentos mapeados e ligações estabelecidas entre o “novo” e o “adquirido”, concordamos *fazer uma tese que sirva também para depois*, (Eco, 2010:31), contribuindo para suportar a lacuna entre a evidência e a ação, e perseguir a competência relativa à investigação do mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica para promover a prática de enfermagem baseada na evidência: *b) usa capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática*, (Departamento de Enfermagem - IPS, 2011: 5; OMS, 2004; CIE, 2012)

E, porque, *a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos*, (Fortin, 2003:15), é indispensável convocar continuamente a evidência científica existente, visando a atenção qualitativa dos cuidados e a conquista de um espaço de construção de conhecimento especializado em enfermagem nesta área, especialmente mediatizada, perspetivando a atualização da prática, baseada na melhor e na mais recente evidência, no contexto dos recursos existentes, (CIE, 2012).

O citado incentivo tem gerado um incremento de produção de todos os tipos de revisões de literatura. Especificamente, a revisão integrativa em virtude da sua abordagem metodológica, incluindo estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado, tem o potencial de desempenhar um importante papel na prática baseada na evidência em enfermagem, (Galvão *et. al.*, 2002; Souza *et. al.*, 2010)

Ponto de partida e metas:

Complementando as competências e aprendizagens baseadas em projecto adquiridas, o presente estudo propõe-se a pesquisar, avaliar e categorizar as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores qualitativos implicados na intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta hospitalar da Pessoa submetida a TPH.

Para a sua condução surge a pergunta norteadora: Quais os fatores implicados na intervenção educativa de enfermagem para o planeamento da alta hospitalar da Pessoa submetida a TPH?

Por conseguinte, os conceitos expostos nos seguintes capítulos tendem a fazer cumprir as metas específicas do trabalho:

(i) Apresentar a evidência científica resultante da aplicação da metodologia de pesquisa sistemática integrativa, relativa aos fatores implicados na intervenção educativa realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH;

- (ii) Apresentar a síntese de evidência disponível na literatura relativa à intervenção educativa realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, categorizado na tríade estrutura-processo-resultados do Modelo da Qualidade-Cuidado©;
- (iii) Identificar os resultados da revisão integrativa da literatura para orientar a prática clínica na intervenção educativa realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH;

Metodologia do trabalho:

A construção do mapa metodológico deste estudo é substancialmente dominado pela revisão integrativa, cuja construção se baseia nos trabalhos divulgados por Whitemore e Knafl (2005), Mendes *et. al.* (2008), Souza *et. al.* (2010) e Botelho *et. al.* (2011).

A primeira etapa é auto-orientada e garante a identificação do tema. Deriva da interação conceptual entre a contextualização teórica e a aprendizagem baseada em projeto, alvo de mapeamento sinóptico. *A produção de mapas, (...) para o refinar de ações, ocorre frequentemente num contexto de ação*, (Damásio, 2010:90).

Resulta também na definição da questão norteadora cuja resposta pode ser mediada pela continuidade do mapeamento, viabilizada pela adaptação da revisão integrativa das evidências científicas como metodologia de investigação, sob o signo de trabalho de cariz monográfico, como define Eco (2010).

O processo de amostragem sucede-se como segunda etapa, considerando os testes de evidência baseados no referencial teórico construído que determina os critérios de seleção de estudos, e nos conceitos major da pergunta de partida, aplicando o método PICOD, (Ramalho, 2005).

A terceira etapa compreende a leitura dos 21 estudos pesquisados nas diversas fontes e selecionados de acordo com os critérios definidos, resumindo e identificando as informações relevantes para a respectiva análise. Ainda que permeados por falta de explicitação de pormenores respeitantes à metodologia científica, foi designado o nível de evidencia, mediado pela hierarquia de evidência para os estudos de intervenção, (Melnyk e Fineout-Overholt, 2005).

A etapa seguinte corresponde à análise crítica dos estudos e construção da matriz onde são enunciados os fatores que respondem à pergunta norteadora.

A discussão e interpretação dos resultados estão patentes na quinta etapa. São enquadrados os resultados no referencial teórico, e apresentada a revisão integrativa ou síntese do conhecimento que mostra os dados com sensibilidade para o estudo, ponderados conceptualmente à luz do Modelo Qualidade - Cuidado © (2003).

São declaradas as considerações respeitantes à validade da revisão realizada, e, finalmente, incorporando o paradigma da integração e examinando a evidência científica resultante em relação com o referencial teórico, formulamos organicamente um mapa conceptual orientador da ação prática intitulado – *o Cuidado para Regressar a Casa*. Sobressaem os resultados relativos às características estruturais no planeamento da alta da Pessoa Submetida a TPH, nomeadamente o papel fundamental das competências específicas do enfermeiro em TPH no processo educativo, condicionantes do indivíduo e família inerentes ao processo de TPH e particularidades do sistema de cuidados de TPH; São expostas evidências relativamente a operações relacionais ou de processo, específicos à prática de enfermagem e em colaboração com a equipa multidisciplinar, e que fundamentam as competências relacionais e procedimentos estruturados apontados como promotores de resultados intermédios de adesão, aprendizagem, segurança e capacitação. São apresentados como fatores implicados no impacto futuro nos elementos estruturais enunciados, e por isso nos resultados; com maior relevância: a Qualidade de Vida da Pessoa submetida a TPH e satisfação.

Ao longo das etapas, foram feitas as diligências necessárias para que se verifiquem as condições para voltar a estes resultados e retomar a sua exploração e/ou aplicabilidade para a resolução de problemas, na ótica de prática baseada na evidência.

Percurso cumprido:

No que concerne ao trajeto do presente trabalho, este apresenta um seguimento convergente para um contexto muito concreto. O mapa conceptual, facilita instrumentalmente as representações do conhecimento implicado e as relações que provocaram a organização e estrutura do estudo, recorrendo ao *software* CmapTools®¹¹.

Descritivamente, constituímos uma primeira parte que apresenta os percursos preliminares ao mapa da investigação, com a contextualização conceptual da problemática, definindo a perspetiva de observação do fenómeno em estudo, bem como o fenómeno em si, com convergência para a sua abordagem prática, sob o signo sinóptico da aprendizagem baseada em projeto, seguindo a apresentação da metodologia com pertinência na prossecução do estudo e da formação continua: revisão sistemática integrativa. Apresentamos na Parte II o dispositivo empírico de evidência, resultante da pesquisa dos artigos publicados, apurados, analisados, interpretados, sintetizados e recompilados à luz dos componentes major do Modelo Qualidade - Cuidado © (2003).

¹¹ CmapTools® disponível para download gratuito em <http://cmap.ihmc.us/>.

É realizada a análise final dos resultados obtidos relacionando as metodologias aplicadas na consecução do estudo. São apresentadas as limitações e mapeada as evidências resultantes e que podem fundamentar o processo de planejamento da alta da Pessoa submetida a TPH. São delineadas as considerações finais relativamente ao mapa percorrido, e identificadas limitações e recomendações.

Expomos, também, referências bibliográficas de suporte à realização deste trabalho e documentos, construídos no trajeto formativo, em apêndice.

PARTE I: MAPEAR A INVESTIGAÇÃO

Mapear a investigação corresponde à expressão da reunião dos atos intelectuais indispensáveis à formulação e resolução do problema estudado, sob o signo da descoberta da verdade¹², como designa Costa (2010). Este primeiro momento da investigação será dissecado em: contexto da descoberta e contexto da justificação.

O contexto da descoberta designa o trajeto iniciado com a formulação do problema, definido por Fortin (2003), como o fenómeno que causa inquietação e promove a investigação, neste caso: *A intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH*. Neste capítulo, visamos apresentar a experiência da essência do fenómeno, cuja manifestação é sensível, sendo pensado como objeto, segundo unidade de categorias (Kant, 2011).

Comprovando a contemporaneidade da abordagem e clarificando a complexidade inerente ao fenómeno em si, (Eco, 2010), a fase conceptual da investigação (Fortin, 2003), recorreu a um quadro teórico, integrando teorias para congregarem a equação epistemológica do mesmo, conceito definido por Meleis (2010), aceitando as noções de tempo e espaço em que se insere o fenómeno (Kant, 2011), e evocando da pertinência atual da ótica elegida para o desenvolvimento do estudo.

Sob o princípio da globalidade do processo de formação científica e o paradigma da prática orientada para os problemas, apresentamos a síntese do projeto de intervenção no fenómeno real e específico, posicionado em contexto clínico profissional e de adequação ao presente ciclo académico de estudos, anunciando as ligações significativas aos tópicos de iniciação e os pressupostos cronologicamente precedentes à definição da questão de partida, trajeto forçosamente a passar na prática baseada na evidência, orientando a seleção da sequência lógica de operações cognitivas da investigação, (Fortin, 2003; Costa em Eco, 2010).

Encerrando o contexto da descoberta, sob um prisma de caminho para o contexto da justificação, apelando à expressão lógico-científica, a Parte I compreende, também, a fase metodológica definida por Fortin (2003), com as coordenadas procedimentais que suportam a opção de revisão integrativa, mapeando a investigação na demanda de soluções baseadas na evidência, em prol do fenómeno em estudo, (Eco, 2010).

¹² Importa referir que embora se evidencie o momento da descoberta, este tem relação interdependente com o momento da expressão (segundo momento da investigação), pois este último possibilita a representação física do primeiro, (Costa em Eco, 2010).

1. O Contexto para a Investigação do Fenómeno

A perspectiva de contemplação do fenómeno, na medida em que se revela à consciência, pode influenciar o espaço significativo do mesmo, constatando-se que *a forma específica e distinta de analisar os fenómenos é influenciada pela orientação teórica adotada*, (Lopes, 1999:29). Simultaneamente, *diferentes formas de olhar a realidade geram diferentes perspectivas e diferentes perspectivas geram diferentes questões de investigação*, (Ramalho, 2005:19). Abarcando os postulados da teoria da integração no desenvolvimento do conhecimento, enunciamos o ponto de partida e as direções seguidas (relacionados com o termo *para*) que neste contexto se assumem como significativas na localização do campo onde opera o fenómeno foco de investigação, e que fundamentam a pertinência da adoção da metodologia específica da análise sistemática do mesmo.

1.1. Qualidade em saúde

O conceito de qualidade tem sido largamente difundido e aplicado em vários contextos, sendo acolhido por vários sistemas organizativos no mundo. Dada esta conjuntura, resulta num termo complexo, cuja definição varia de acordo com o cenário. Ainda assim, nos termos linguísticos a sua formulação é originária do latim “*Qualitate*” que se traduz: *forma como realmente é*¹³. A nível internacional, qualidade é apresentada como o grau em que um conjunto de características inerentes satisfazem os requisitos, ou com conotações de superioridade ou excelência, (Dale 2003; Duffy, 2008).

Numa perspectiva histórica o conceito não é recente: Aristóteles e Platão são enunciados como pioneiros na sua exploração; seguem-se referências do conceito em 1920, nos Estados Unidos da América; o incremento da gestão da mesma, no pós II Guerra Mundial por Deming; e o desenvolvimento por Williams dos conceitos de competitividade e desempenho. Os autores assumem que a melhoria da qualidade e serviços tem relação direta e lógica com melhores resultados dentro da organização, (Deming, 2000; Dale, 2003; Williams, 2004).

¹³ (...) from the Latin Word “*qualitate*” which means “*such as the thing really is*”, (DALE, B.G. (2003) *Managing Quality*. 4ª ed. Wiley-Blackwell: s.l. ISBN 9780631236146: 4).

O conceito de Qualidade emerge sob a forma de paradigma norteador de práticas profissionais, como prossecução das aspirações individuais ou, numa lógica mais economicista, como uma meta a atingir por quem fornece ou produz “bens” ou, ainda, como uma exigência de quem os utiliza ou consome.

Os princípios desenvolvidos pelos investigadores na área da qualidade têm sido, também, aplicados aos cenários de saúde. Principalmente, a partir de 1980 reconhece-se a preocupação demonstrada por diversas organizações, internacionais e nacionais, relativamente ao desenvolvimento de programas que visem garantir a qualidade nos serviços de saúde. Citam-se, a título demonstrativo e de sensibilidade para o contexto: a Organização Mundial de Saúde (OMS) que iniciou a demanda pública pela promoção da qualidade em saúde na conferência de Alma-Ata em 1978, incitando os estados membros a promover políticas e estratégias para garantirem a Saúde como um direito para todos; a Organização Internacional de Padronização (OIP) formulou normas para a qualidade (com início em 1987 e em constante atualização); a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) que tem fomentado a melhoria contínua da segurança e qualidade dos cuidados a nível internacional com a prestação de serviços de educação e consulta, e de acreditação e certificação internacional a partir de 1994; o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) cuja missão visa assegurar cuidados de enfermagem de qualidade para todos, promovendo estratégias como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE); a Direção Geral de Saúde (DGS) em Portugal que publicou o Manual de Acreditação das Unidades de Saúde (2011); o Instituto Português para a Qualidade (IPQ) e os seus documentos reguladores na área da qualidade; e a Ordem dos Enfermeiros (OE) com a divulgação relativa a trabalhos no âmbito dos Padrões de Qualidade em Enfermagem (com publicação de enunciados descritivos em 2001).

A qualidade é considerada uma componente estratégica e fundamental na prestação de cuidados de saúde, independentemente do nível de desenvolvimento económico de um país e do tipo de sistema de saúde que adotou. Os determinantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos, pelo que saúde e doença configuram processos como um *continuum*, relacionados com aspetos económicos, socioculturais e a própria experiência de vida. A qualidade no seu domínio conceptual reflete assim o seu carácter subjetivo e a sua inexistência enquanto entidade distinta, pelo que se trata de um conceito construído a partir da interação entre os atores relevantes para o contexto e que concordam com os padrões (normas e valores) e componentes (oportunidades). Infere-se que a construção e implementação de um sistema de qualidade passa pelo envolvimento de todos os intervenientes, que trabalham numa organização de saúde, (Mitchell, 2008).

Enuncia-se a qualidade de cuidados em saúde de acordo com o grau de eficácia dos serviços de saúde, na prestação de cuidados a indivíduos e comunidades, para o alcance de resultados desejados em saúde, com base no atual conhecimento profissional. Esta determinação é viabilizada pela avaliação de desempenho. Os componentes conceptuais ou indicadores que denunciam a qualidade surgem muito frequentemente em aglomerados, e é considerado cuidado de alta qualidade quando é seguro, efetivo, centrado no cliente, oportuno, eficiente e equitativo. Os indicadores de qualidade que continuam a ser considerados, ainda que numa aceção negativa definem-se em: mortalidade, doença, incapacidade, desconforto e insatisfação (Lohr, 1992; Mitchell, 2008; Papanicolas *et. al.*; 2008; Duffy, 2009).

Nestas circunstâncias, a informação desempenha um papel central na capacidade do sistema de saúde distribuir cuidados de saúde eficazes garantindo a saúde da população. As suas diversas finalidades são: assegurar a responsabilização dentro do sistema; determinar os tratamentos apropriados para o cliente; facilitar a escolha da pessoa e/ou fiscalização; e assegurar a administração do sistema de saúde, (Papanicolas, *et. al.*, 2008).

Os esforços para assegurar cuidados de alta qualidade devem prevenir ou, por outro lado, detetar e resolver os seguintes três problemas: (1) a utilização excessiva de cuidados desnecessários ou inapropriados; (2) a subutilização de cuidados necessários; (3) e o défice de atuação (no âmbito técnico e interpessoal). Os peritos concordam que uma abordagem compreensiva da qualidade dos cuidados deve ter em conta os aspetos enunciados, variando a sua priorização de acordo com o contexto em que se insere, e considerando os fatores intrínsecos e extrínsecos, (Lohr, 1992).

Corroborando o defendido, Donabedian, professor emérito de Saúde Pública, na Universidade do Michigan, realizou um vasto trabalho na sistematização de conhecimentos dentro das Ciências da Saúde, especialmente centrada na melhoria da qualidade assistencial.

Desenvolveu a conceptualização e enquadramento teórico para a compreensão da qualidade, e que continua a prover, nos dias de hoje, a fundamentação para o desenvolvimento de trabalhos. Na sua abordagem, absorveu a teoria dos sistemas considerando que a qualidade implica aspetos científicos, técnicos e interpessoais, tendo definido três conceitos major que conduzem o seu modelo, especificamente direcionado ao âmbito médico: estrutura, processo e resultados, (Donabedian, 1986; 1988).

Com a pretensão de contribuir para a avaliação da qualidade, Donabedian esclarece os conceitos nas respectivas divulgações científicas, (Donabedian, 1986; 1988):

- (a) A estrutura refere-se às características estáveis e invariáveis em que se estabelece e funciona o sistema de cuidados de saúde (recursos materiais, recursos humanos e estrutura organizativa);
- (b) O processo define-se pelas atividades efetivas que são feitas para dar e receber a assistência em saúde (aspetos técnicos e interrelacionais);
- (c) Os resultados referem-se às consequências relacionadas com assistência prestada em saúde focando a pessoa ou a comunidade (alteração de conhecimento, comportamento e percepções de satisfação da pessoa).

Donabedian no seu enfoque tripartido da avaliação da qualidade salienta o necessário estabelecimento da relação entre os componentes estrutura, processo ou resultados, para avaliar a qualidade, (Donabedian, 1988, 1993).

Por outro lado, reportando-se criticamente à carência de considerações relacionais no seu modelo, foca as relações interpessoais, acrescentando:

*Precisamos entender mais profundamente a natureza das trocas interpessoais entre paciente e prestadores, aprender a identificar e quantificar as qualidades inerentes a essa troca, e determinar como elas contribuem para a saúde e o bem-estar do paciente*¹⁴, (Donabedian, 1988).

Donabedian ao desenvolver o seu modelo e nas considerações relativas ao conceito de qualidade em saúde, envolve componentes que descreve como os pilares da qualidade: eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e a equidade, (Donabedian, 1990).

Nesta perspetiva, a avaliação da qualidade deve compreender os componentes intrínsecos e respeitantes à especificidade da organização e ausência de falhas, bem como os componentes extrínsecos que se refere à adequação das características do produto para a satisfação das necessidades ou expectativas do cliente ou comunidade, (Donabedian, 1990).

O modelo desenvolvido por Donabedian é considerado alicerce fundamental para o desenvolvimento de inúmeras teorias e práticas na área da qualidade. Designadamente, é

¹⁴ *Necesitamos entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y facultativo, aprender a identificar y cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a la salud y el bienestar del paciente.* (Donabedian A. (1988). *The quality of medical care: how can it be assessed.* JAMA; 260:1743-8 in *Rev Calidad Asistencial* (2001); 16: 580-587)

fundamental na atuação da JCAHO, fundada por Coldman em 1913, primitivamente Colégio Americano de Cirurgias, alvo de posterior internacionalização. Tem papel basilar na monitorização da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio de acreditação, e direciona a sua atuação por meio de indicadores de desempenho ajustados à clínica e à gravidade do estado dos clientes, monitorizando também o desempenho institucional. Tem função educativa com a publicação de documentos contendo normas, padrões e recomendações, (Lang, 2003; Darr, 2007; Duffy, 2009; Burhans e Alligood, 2010).

1.1. 1. Qualidade em Enfermagem: Percurso epistemológico

A abordagem sistemática da realidade de prestação de cuidados de saúde, cuja complexidade é inerente, tem-se revelado um método facilitador e que conflui para o entendimento e qualificação da mesma. Delimita os cenários de atenção, condensando-a em sistemas e subsistemas e que torna possível a consideração das relações e dos detalhes, inscritos numa perspectiva global e a sua finalidade, explicitamente: o sistema de cuidados de saúde visando a conceção de cuidados de enfermagem com qualidade, com resultados a nível da Pessoa (Ludwig e Von Bertalanffy, 1959; Lopes, 1999; Phaneuf, 2001; Duffy, 2009; Pellegrini, 2009).

A filosofia humanística patenteia a prestação de cuidados em enfermagem. A Pessoa caracterizada pelas suas múltiplas dimensões – física, cognitiva, afetiva, social, espiritual - indissociáveis do seu universo (ou ambiente) e em interação permanente e sistemática, aliada aos trajetos significativos de experiências de vida, vivenciados em processos de saúde e doença com valor próprio, bem como na experiência de morte, constituem o objeto da Enfermagem. (Von Bertalanffy, 1950; 1972; Lopes, 1999; Phaneuf, 2001; Pellegrini, 2009; Meleis, 2011).

Sob o signo da abordagem contextual, multidimensional e sistemática, está facilitada a compreensão da linha de desenvolvimento da Enfermagem, em direção ao atual posicionamento multiparadigmático. Dadas essas características e porque se define teoria como um *agrupamento imaginário de conhecimentos, ideias e experiências que são representadas simbolicamente e procuram clarificar um dado fenómeno*, (Watson, 1999:8), é pouco credível que uma única teoria explique, categorize, descreva e prediga todos os seus fenómenos, pelo que existe um compromisso de integração ordenada entre antigos e novos conceitos em ciências humanas, constituindo a sua manifestação prática de enfermagem numa lógica científica de processos sincronizados de reflexão e ação, (Lopes, 1999; 2006; Parse, 1999; Phaneuf, 2001). O estado atual da arte em enfermagem e a explicação dos fenómenos dentro do domínio da enfermagem é

possível dado o desenvolvimento da disciplina com o desenvolvimento de modelos conceptuais, de grande teorias, as teorias de médio alcance e teorias baseadas na prática¹⁵.

Ainda que os modelos e teorias em enfermagem variem no que diz respeito à abordagem dos fenómenos, entende-se uma constância relativa aos conceitos centrais que promovem assim a unicidade e sensibilidade relativamente à disciplina, designados metaparadigmas. São eles: (a) Ser humano ou Pessoa – indivíduo, família, comunidades e outros participantes em enfermagem; (b) Ambiente – Contexto interno e externo significativos para o ser humano, bem como condições culturais, sociais, políticas e económicas relacionadas com saúde a nível local, regional ou mundial; (c) Saúde – Processos humanos de vida e de morrer associados a conotações de bem-estar, conforto, holismo e funções vitais; (d) Enfermagem – a definição de enfermagem; as intervenções dos enfermeiros para ou em conjunto com os seres humanos; os objetivos e metas das ações de enfermagem; e o processo que medeia as atividades referidas com observação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação, (Fawcett, 1992).

A referência à importância da qualidade é comum a grande parte das teorias de enfermagem. Todavia, não se constitui como metaparadigma, sendo um conceito implícito e muitas vezes relacionado com o conceito de saúde e, portanto, com os objetivos intermediários que contribuem para a saúde, como enfrentamento (*coping*), adaptação, autocuidado, transição ou sentir-se cuidado. Segundo as teorias, o que distingue o papel do enfermeiro enquanto prestador de cuidados de saúde, é o estabelecimento da relação de interação enfermeiro-cliente, visando facilitar o processo de transição, promovendo a saúde e o bem-estar, mediante intervenções terapêuticas, designadamente de: assistir, interagir, intervir, apoiar e educar, (Duffy e Hoskins, 2003; Lopes, 2006; Roy, 2006; Duffy, 2009; Meleis, 2011; Watson, 2011).

Contemplando a expansão da disciplina de enfermagem ao longo da história, e os contributos das suas pioneiras teóricas e filosóficas, identifica-se desde muito cedo a sua colaboração no suporte da qualidade como conceito intrínseco à intervenção, espelhado em processos integrativos e de atualização no desenvolvimento de modelos teóricos, visando ganhos em saúde para a pessoa. Florence Nightingale (1859) é apresentada como a precursora relativamente ao processo de

¹⁵ As grandes teorias são teorias compreensivas e amplas; teorias práticas definem-se como teorias da prática; e, as teorias de médio alcance são consideradas intermediárias. As teorias de médio alcance, de alguma forma, auxiliam na resolução de problemas, devendo os seus conceitos e proposições ser mensuráveis, de modo que haja um equilíbrio entre as necessidades de precisão e abstração que lhes sejam pertinentes, (Meleis, 2011).

qualidade em enfermagem esboçando a primeira abordagem de prática baseada na evidência; seguiu-se a proposta de Lang, em 1974, relativa a critérios de avaliação de estrutura-processo-resultados e o desenvolvimento da linguagem padronizada em Enfermagem; os aspetos relacionais aplicados aos processos de enfermagem e avaliação qualitativa dos mesmos foram explorados por King (1981) sob a perspectiva dos sistemas de interação do ser humano (o pessoal, o interpessoal e o social), e por Irvine, Sidani e McGillis Hall (1998) que identificaram os três papéis que os enfermeiros assumem no contexto de ação: independente, dependente e interdependente. Sidani, Doran e Mitchell defendem que as características da pessoa alvo de cuidados, do profissional de saúde e do contexto, implicados nos processos de cuidados a um nível micro e macro, e respetivas relações, contribuem para o alcance de resultados, (Irvine, Sidani e McGillis Hall, 1998; Lang, 2003; Lang *et.al.*, 2004; Sidani, Doran e Mitchell, 2004; Darr, 2007; Killen e King, 2007; Duffy, 2009).

1.1.1.1. O Modelo de Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins (2003)

Duffy e Hoskins (2003) desenharam o seu Modelo Qualidade-Cuidado© fundado nas conexões conceptuais-teóricas-empíricas entre o Modelo de Saúde de Qualidade de Donabedian e a teoria de Cuidado Humano de Watson, recebendo também contribuições dos trabalhos de King, Mitchell e Irvine. Integra fatores biomédicos e psicossocioespirituais, associados com a qualidade dos cuidados em saúde. Por isto, classificado como teoria de médio alcance, propõe-se a: avaliar e analisar o processo de cuidar em enfermagem; orientar a prática profissional; reafirmar e expor o seu trabalho muitas vezes invisível para a sociedade; e descrever as conexões conceituais-teóricas-empíricas entre a qualidade dos cuidados e o cuidado. O Modelo Qualidade-Cuidado© tem como foco principal os resultados de cuidados centrados em relacionamentos, e dirige-se numa tendência de prática baseada em evidências. Os seus componentes major definem-se em estrutura, processo e resultados, constituídos respetivamente por: participantes, relações de cuidados, sentir-se cuidado e saúde, (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

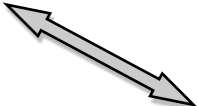
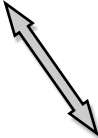
A estrutura é o primeiro componente, e refere-se à composição dos indivíduos ou sistema (participantes) que contribuem para a qualidade da prestação de cuidados de saúde, nomeadamente, a pessoa ou cliente de cuidados, os prestadores de cuidados, e o sistema em si. Cada um deles tem características singulares que demarcam o seu campo fenomenológico ou realidade subjetiva, como definido por Watson (2008). A pessoa cliente de cuidados e respetiva família com necessidades de cuidados coexistem, em simultâneo, com atributos próprios respeitantes a aspetos culturais e demográficos, severidade da doença ou comorbilidades. Os

prestadores têm características únicas como competências, atitudes e comportamentos. Relativamente ao Sistema de cuidados de saúde define-se através dos recursos disponíveis, da cultura organizacional, da carga de trabalho e outros aspetos inerentes ao contexto. Os campos fenomenológicos descritos podem, por si ou em conjunto, direta ou indiretamente, influenciar tanto os processos como os resultados dos cuidados de saúde, (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

O processo de cuidado trata-se do segundo grande construto do Modelo Qualidade-Cuidado ©, e principal foco do modelo teórico. É centrado na relação e apoiado nos fatores do cuidado. Define-se em dois tipos de relações: independentes, e específicas da disciplina de Enfermagem; e colaborativas, multidisciplinares. As primeiras são entendidas como interações com Pessoa e família, nas quais os enfermeiros atuam com autonomia, sendo os únicos responsáveis pelas mesmas. As relações em colaboração ou em complementaridade são definidas pela partilha de atividades e responsabilidades com outros membros da equipa de cuidados de saúde. Os relacionamentos independentes e colaborativos constituem-se em encontros profissionais centrados em relacionamentos com um propósito comum, e medeiam a construção de experiência partilhada, numa visão de relação transpessoal¹⁶, contribuindo para resultados positivos e qualidade dos cuidados, (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009, Watson, 2008).

O resultado corresponde ao último componente do modelo e relaciona-se com a perspetiva futura relativamente aos participantes do primeiro componente. Distinguem-se, de acordo com o proposto: os resultados intermediários, traduzidos em perceções de “sentir-se cuidados” (com mudanças de comportamento, diminuição da ansiedade, aumento do conhecimento, adesão ao tratamento, deteção precoce de sintomas pertinentes), e que podem ou não influenciar os resultados finais; e os resultados finais, que afetam o futuro e estão relacionados com a qualidade de vida, segurança, desenvolvimento pessoal, conhecimento, variáveis específicas das doenças, satisfação com o tratamento, readmissão hospitalar, custos, satisfação dos profissionais e utilização dos recursos, (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

¹⁶ O contexto de cuidados/ momento de cuidado torna-se transpessoal quando as pessoas (enfermeiro e o outro), juntamente com as suas histórias de vida únicas e o respetivo campo fenomenológico (de perceção) se torna um ponto focal no espaço e no tempo, adquirindo este momento um campo próprio, que é maior do que a ocasião em si. Como tal, o processo pode (e faz) ir além de si mesmo, surgindo simultaneamente aspetos que se tornam parte da história de vida de cada pessoa, bem como parte de um padrão de vida maior, mais profundo e complexo. [“The caring occasion /caring moment becomes transpersonal when the persons (nurse and other) together with their unique life histories and phenomenal field (of perception) become a focal point in space and time, from which the moment has a field of its own that is greater than the occasion itself. As such, the process can (and does) go beyond itself, yet arise from aspects of itself that become part of the life history of each person as well as part of some larger, deeper, complex pattern of life.., (WATSON, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. O'Reilly Media, Inc.. ISBN 9780870818981, cap.I)]

Estrutura (Passado Causal)	Processo (Relacionamentos de Cuidado)	Resultados (Futuro)
PARTICIPANTES		RESULTADOS FINAIS
Prestadores de Cuidados de Saúde Campo fenomenológico Descritores Experiência de Vida Atitudes e comportamentos	Relacionamentos Independentes Pessoa/Família – Enfermeiro (Específico da Disciplina/Enfermagem)	Prestadores de cuidados de Saúde Satisfação Crescimento Pessoal
Pessoa/Família Campo fenomenológico Descritores Experiências de Vida Severidade da doença Comorbilidades		Pessoa Segurança Doença Específica Satisfação Conhecimento
Sistema de Cuidados de Saúde Campo Fenomenológico Descritores Pessoal de Enfermagem/Carga de trabalho Recursos Cultura organizacional	Relacionamentos Colaborativos Equipa de cuidados de Saúde – Enfermeiro (Multidisciplinar) Encontros Profissionais	Sistema de Cuidados de Saúde Utilização Recursos Consumo Readmissão Custos
	    	
	RESULTADOS INTERMÉDIOS “Sentir-se Cuidado”	

O âmbito do modelo é amplo e é aplicável a pacientes individuais, famílias e a grupos de doentes específicos. Existem vários subconceitos que emprestam ao modelo definições operacionais para teste empírico. O Modelo Qualidade-Cuidado© pode ser utilizado

como um guia para a prática de investigação, bem como a base para intervenções de enfermagem, ¹⁷ (Duffy e Hoskins, 2003: 86).

1.1.1.2. O Modelo de Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins (2003) aplicado à investigação

A avaliação dos processos de cuidados requer uma análise rigorosa dos resultados desejados. A complexidade destes impede, muitas vezes, a avaliação sistemática e o conhecimento do impacto de determinada prática de saúde para os prestadores ou clientes. Nestas circunstâncias, o Modelo Qualidade-Cuidado© é apresentado como estratégia facilitadora, proporcionando um modelo holístico e de participação, para guiar o programa de avaliação no contexto da prática de cuidados (Duffy, 2009).

De acordo com Duffy (2009), e aplicando o presente modelo na avaliação, consideramos:

- i) os componentes estruturais que incluem características dos participantes (pacientes, prestadores, ou dados da organização e demográficos);
- ii) os elementos inerentes ao processo que ajudam os indivíduos a compreender o funcionamento do seu programa (por exemplo, percepções dos pacientes relativamente aos comportamentos cuidadosos dos prestadores de cuidados, opinião dos prestadores de cuidados acerca da implementação do processo);
- iii) os resultados incluem os resultados desejados e priorizados segundo critérios e indicadores que podem assumir um carácter qualitativo ou quantitativo.

Estudar o cuidado enquanto fenómeno é complexo, sobretudo porque a enfermagem é uma profissão emergente, com um campo de conhecimento em expansão, mas cujo desenvolvimento é necessário para a disciplina. A evidência do cuidado, como variável significativa no processo de cuidados de saúde, implica a condução e disseminação de um maior grau de investigação, assumindo o modelo de Qualidade-Cuidado© um possível enquadramento para a evolução da ciência. Apesar da recente conceção, constam divulgações relativas à sua aplicação na investigação em contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e em idosos

¹⁷ *The scope of the model is broad and is applicable to individual patients and families as well as specialized patient population. Several subconcepts for which operational definitions exist lend the model to empirical testing. The Quality Caring Model © can be used as a guide for practice an research as well as the basis for nursing interventions.* (DUFFY, J.; HOSKINS, L. (2003) The Quality – Caring Model © Blending Dual Paradigms. *Advances in Nursing Sciences*, 26(1), 77-88:86)

hospitalizados, expressando os benefícios do recurso a estudos qualitativos e quantitativos, (Duffy, 2005;2009; Burt, 2007).

*Construir um enquadramento baseado na evidência para as relações de cuidados é essencial para a qualidade dos cuidados de saúde*¹⁸, (Duffy, 2003:49).

1.1.2. A Qualidade em Enfermagem: referencial atual

A publicação do documento *Linha de defesa: o papel das enfermeiras na prevenção de eventos sentinela* pela JCAHO (2001), no âmbito da segurança do cliente e qualidade dos cuidados, que sucedeu à publicação do Instituto de Medicina, em 2000, de *Errar é humano: Construindo um sistema de saúde seguro*, divulgando as necessidades ao nível da segurança do doente e da qualidade dos cuidados de saúde nos EUA, dilataram-se e constituíram-se instrumentos de sensibilização ao nível mundial para a reflexão sobre a temática da qualidade dos cuidados em saúde, e o papel dos prestadores de cuidados.

Em 1997, a OMS em colaboração com o CIE advoga sobre o papel do enfermeiro na Europa, identificando depois a necessidade de um sistema de qualidade no documento Saúde 21 - Saúde para Todos (1999). O CIE e a OMS têm suportado o desenvolvimento de sistemas adequados e viáveis para a regulação da profissão de enfermagem, numa ótica de responsabilidade governamental e atenção profissional pela excelência na gestão e segurança da prática de enfermagem. O CIE menciona algumas medidas: formação dos profissionais; melhoria das prestações; profilaxia das infeções; uso seguro dos medicamentos; práticas clínicas e infraestruturas necessárias. Acrescenta que é fundamental a transparência e comunicação na identificação do risco e o abandono da prática de culpabilização, para a prevenção ou correção. Sendo um serviço de qualidade o que responde às necessidades e expectativas dos clientes, estes são o foco essencial da gestão da qualidade, (OMS, 1997; CIE, 2010).

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária e justifica-se por várias razões, entre as quais destacamos as de ordem social (existe cada vez maior exigência e expectativas por parte dos utentes), ética (exigência ao nível de formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados). Assim, as associações profissionais da área da saúde assumem-se como referência em padrões de qualidade. Possibilitam orientação para todos os elementos da gestão da qualidade, constituindo-se

¹⁸ *Building an evidence-based foundation for caring relationships is essential to quality health care.* (DUFFY, J. (2003). Caring relationships and evidence-based practice: can they coexist?. *International Journal For Human Caring*, 7(3), 45-50: 49).

os pilares fundamentais em enfermagem: o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Além destes, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), inscrito no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, apoia a prática do exercício profissional de Enfermagem, porque salvaguarda, no essencial, os aspetos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia.

O regime legal da Carreira de Enfermagem evidencia como um dos deveres funcionais do enfermeiro: *Contribuir para a defesa dos interesses do utente no âmbito da organização das unidades e serviços, incluindo a necessária atuação interdisciplinar, tendo em vista a continuidade e garantia da qualidade da prestação de cuidados* (alínea a) do artigo 8º do Decreto-Lei nº 247/2009 de 22 de Setembro). Para isso, deve desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência. O mesmo Decreto-lei compreende o conteúdo funcional do enfermeiro principal, que deve: planejar e incrementar ações e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à definição ou utilização de indicadores e respetiva avaliação, bem como à coordenação de equipas multiprofissionais; promover a aplicação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos e atualizar procedimentos orientadores da prática clínica.

O REPE define que o enfermeiro tem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, sendo os cuidados de enfermagem caracterizados pela interação entre enfermeiro e utente com respeito pelos seus direitos e em complementaridade funcional com outros profissionais, e por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente.

A excelência do exercício na profissão em geral, e na relação com outros profissionais, constitui-se como princípio orientador em Enfermagem e é apresentado na alínea c) do nº 3 do Artigo 78º do Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro (Código Deontológico do Enfermeiro). De acordo com o mesmo, o enfermeiro para alcançar a excelência deve:

(...) analisar o desempenho e reconhecer as falhas; adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da Pessoa; atualizar continuamente os conhecimentos, das ciências humanas e utilização de tecnologias; exercer a profissão com

dignidade e qualidade; e garantir qualidade e assegurar a continuidade de cuidados, (Artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro, 2009).

Assim, qualidade exige reflexão sobre a prática, de forma a definir objetivos do serviço a prestar e a delinear estratégias para atingi-los. *Padrões de qualidade* trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes, evidenciando o nível dos resultados mínimos aceitáveis e o nível dos melhores resultados que é aceitável esperar. Para a elaboração dos padrões de qualidade, a OE (2001) definiu seis categorias de enunciados descritivos entre os quais: a satisfação dos clientes, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado dos clientes, e a organização dos serviços de enfermagem, (OE, 2001).

Nesta sequência, constituem-se indicadores positivos que evidenciam atendimento de alta qualidade e de sensibilidade para a prestação de cuidados de enfermagem: realização de autocuidado adequado, demonstração de comportamentos promotores de saúde, qualidade de vida relacionada com saúde, percepção de ser cuidado e competência no controlo de sintomas.

As constantes alterações no sistema de saúde, coincidentes com os recentes avanços na pesquisa de resultados, constituem-se os motivos para que a Enfermagem enquanto profissão, examine o percurso da sua ação e a qualidade dos seus serviços de uma forma empírica e sistemática, baseada na evidência, centralizada na pessoa e orientada para o sistema (Lusardi *et. al.*, 2002). Promover a qualidade dos cuidados de saúde é uma responsabilidade profissional e uma expectativa do cliente, sendo que para além da mobilização internacional neste domínio, se encontram em Portugal, atores operantes em saúde, a providenciar intervenções no âmbito da Qualidade em saúde. Destacam-se a OE, o Conselho Nacional de Qualidade, o Instituto da Qualidade em Saúde, a Direção Geral de Saúde a constituir o PNS 2012-2016, entre outros, com convergência para as instituições e equipas institucionais.

A produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constituem uma base estrutural importante a fundamentar o processo de enfermagem. O enfermeiro incorpora, na prática orientada para o problema e no processo da tomada de decisão, os resultados da investigação visando a solução de problemas identificados, (Lusardi *et. al.*, 2002; OE, 2001).

O ano de 2000 marcou a introdução do processo científico e dos conceitos relacionados com a prática baseada na evidência nos programas de formação em Enfermagem (White-Williams, 2011). Todavia existem áreas de intervenção onde o domínio do conhecimento científico é parco,

encontrando-se a pesquisa na enfermagem em relação de interdependência com a prática clínica, estimulando a OMS para que *os contextos locais devem começar a desenvolver a sua própria evidência para suportar a prestação de cuidados em situação crónica*¹⁹, (WHO, 2002:98).

Melhorar a qualidade dos cuidados, assegurar a segurança dos cuidados e otimizar os resultados em saúde, desenvolvendo uma prática baseada na evidência é mediado pelo conhecimento adquirido pela investigação em Enfermagem, (CIE, 2007; CIE, 2012).

Considera-se uma prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião dos peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis, (OE, 2006:1).

A investigação sobre os focos de atenção, intervenções e resultados de Enfermagem permite alimentar o desenvolvimento da disciplina, mediante processos de natureza indutiva, identificando e nomeando os saberes inerentes à intervenção na prática, bem como validando esses saberes aplicados à ação, adequando processos de natureza dedutiva, (OE, 2006).

A evidência apresenta-se como a prova para a tomada de decisão, abrangendo resultados de pesquisas, bem como o consenso de especialistas reconhecidos, ou ainda os factos ou dados oriundos do trabalho desenvolvido dentro de uma organização. Quanto mais evidência disponível para fundamentar as mudanças que se desejam efetuar, mais provável é que a intervenção seja bem sucedida, (Galvão, *et. al.*, 2002; CIE, 2012),

Atualmente existe um crescente desenvolvimento de informações na área da saúde sendo imprescindível o desenvolvimento de artifícios para delimitar etapas metodológicas concisas para propiciar aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos; a revisão sistemática surge como potencial solução, cujo pioneiro foi o epidemiologista Archie Cochrane, (Souza *et. al.*, 2010; CIE, 2012).

¹⁹ Local settings must begin to develop their own evidence base for caring for chronic conditions. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2002).

Innovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action. Gêneva: Who. ISBN 9241590173: 98)

2. O Fenómeno em Investigação

Faz-se investigação para melhor compreender a realidade, ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno, (Ramalho, 2005:19). Fomentando a respetiva inteligibilidade, defendida por Kant (2011), Fortin (2003) apresenta o fenómeno, presente no domínio dos cuidados de enfermagem e passível de estudo sistemático, como o objeto da investigação em ciências de enfermagem. O fenómeno pode-se definir nas clientelas, na prática dos cuidados, nos seus efeitos junto dos clientes, famílias e comunidade e nos contextos de cuidados, estando em consonância com a presente delimitação do fenómeno em investigação, alvo de conceptualização das relações de categorias significativas: A intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.

2.1. O Transplante de Progenitores Hematopoiéticos

O Transplante de Medula Óssea ou Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (TPH) trata-se de uma, e muitas vezes a única, modalidade de tratamento para determinadas patologias do foro hematológico, oncológico e imunológico. Depois de muitos anos de desenvolvimento técnico e clínico, é agora possível oferecer TPH a muitas pessoas que dele dependem. Em termos gerais, define-se na utilização de altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia, recorrendo seguidamente ao “resgate” por meio da infusão de medula óssea, células progenitoras do sangue periférico (PBPC), ou células obtidas do sangue de cordão umbilical²⁰. É denominado autólogo, quando se utiliza medula óssea ou PBPC da própria pessoa; singénico quando o doador é irmão gêmeo univitelino; alogénico quando o doador é irmão idêntico relativamente ao sistema antigénio leucocitário humano (HLA), quando o doador é irmão ou outro parente HLA haploidêntico ou parcialmente idêntico, ou se o doador for não familiar e HLA fenotipicamente idêntico. Em

²⁰ A célula progenitora hematopoiética é caracterizada pela capacidade de gerar novas células autorregeneradoras e outras células ditas precursoras, as quais perdem o potencial de autorregeneração, dando origem a células diferenciadas como eritrócitos, leucócitos e plaquetas. Estão presentes no sangue no cordão umbilical com a frequência de menos de uma célula por um milhão de células mononucleares, sendo menos frequentes na medula óssea do adulto ou na mobilização do sangue periférico, (Kovacs *et.al.*, 2008; Hexner e Emerson, 2008).

combinação com a terapêutica de suporte, à exceção do transplante autólogo, é associada terapêutica imunossupressora adicional, (Udina, 2007; Apperley, 2008).

Manifestamente, o fenómeno em estudo é substancialmente marcado pelo concepção de percurso, explicitado nos subcapítulos seguintes. Combina, num plano geral, o trajeto de desenvolvimento da modalidade terapêutica na linha temporal, e *per si* uma trajetória da Pessoa que se submete ao programa de TPH, envolvendo uma etapa de planeamento de alta, cuja intervenção educativa pontua.

2.1.1. Nota Histórica

Os relatos relativos à utilização experimental da Medula Óssea remontam a menos de dois séculos atrás, todavia, com maior interesse no pós II Guerra Mundial dado o potencial para proteger os sobreviventes submetidos a alta dose de irradiação, decorrente do acidente nuclear ou exposição à bomba atómica. As primeiras experiências de transplante de medula óssea acontecem em cães e ratos. (Gratwohl, 2008; Thomas, 2011; Gluckman, 2012).

Em 1957, Thomas e colegas relatam as primeiras experiências de infusão de Medula Óssea de origem não relacionada em doentes com leucemia terminal, cuja taxa de sucesso foi fraca. Em 1959, são divulgados dados relativamente a infusão de progenitores hematopoiéticos do próprio doente com doença de não-Hodgkin e de Hodgkin, (Thomas, 2011).

A evolução dos instrumentos de investigação, dos meios terapêuticos, das técnicas médicas e cirúrgicas, e desenvolvimento da imunologia e da antibioterapia, dos meios de colheita por aferese de células progenitoras hematopoiéticas, mediaram a erradicação das principais complicações e causas de mortalidade. O primeiro transplante de dador com sucesso, data de 1968. Na década de 70, os transplantes começaram a ser realizados, já com maior base científica, após a formação da equipa multidisciplinar de transplante de medula em Seattle, nos Estados Unidos, com prioridade para os cuidados após transplante. A transplantação de medula óssea em Portugal teve a sua estreia em Maio de 1987, na Unidade de Transplante de Medula do Centro de Lisboa do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil (IPOLFG). Apesar da transplantação de medula óssea se ter iniciado em Portugal com algum atraso em relação a outros países europeus, rapidamente o programa do IPOLFG acompanhou o que de mais relevante se faz nesta área no plano internacional, ampliando a transplantação de medula óssea para transplantação de células progenitoras hematopoiéticas providenciadas, fato que mediou a denominação recente de Serviço de Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (STPH) e a preferência pela denominação de

Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (TPH) relativamente a TMO, (Thomas, 2011; Manual I).

O transplante de progenitores hematopoiéticos reconhecido como potencial opção terapêutica, tem sido incorporado nos algoritmos de tratamento para inúmeras desordens malignas e não malignas. O desenvolvimento da ciência nesta área específica é recente e tem-se verificado com estudos prospetivos de qualidade; muitas recomendações são ainda baseadas em analogia, inferência e perícia. O nível de conhecimento e a aplicabilidade da prática baseada na evidência e investigação entre os enfermeiros na área da transplantação é desconhecida. No futuro as recomendações de organizações que regulam o TPH, neste caso a nível europeu o reconhecido EBMT, vão incorporar a evidência adquirida com a aplicação de metodologia formal. Na Europa, a regulamentação dos estudos clínicos na área do TPH iniciou-se a partir de 2000, de forma a garantir o desenvolvimento regulado do conhecimento na especialidade, (Doran, 2008; Ljungman e Gratwohl, 2008; White-Williams, 2011).

A fundação da JACIE, em 1998, pelo EBMT e pela Sociedade Internacional de Terapia Celular (ISCT), visou a criação de uma organização para aceder e acreditar o TPH na Europa, proporcionando um Programa Ativo de Gestão da Qualidade que assegura padrões para melhorar os processos do TPH, demonstrando práticas de alta qualidade e garantias para os doentes. O processo de certificação pela JACIE deu início em Barcelona, no ano de 2000, (Samson, 2008; Chabannon e McGrath, 2012).

Nesta sequência, foram disponibilizados dados ao EBMT sobre a atividade em TPH em 624 centros de 43 países relativos aos cinco anos precedentes a 2009, que ilustram a reportada evolução da opção terapêutica apresentada; constataram-se a ocorrência de 31.322 TPH, dos quais 28.033 identificados como primeiros transplantes (41% alogénicos e 59% autólogos), com um aumento continuo de cerca de 1000 TPH por ano desde 2004. As principais indicações foram leucemias (31%; 92% alogénico), linfomas (58%; 12% alogénico), tumores sólidos (5%; 6% alogénico) e desordens não malignas (6%; 88% alogénico), (Baldomero, *et. al.*, 2011).

2.1.2. A Pessoa submetida a Transplante de Progenitores Hematopoiéticos

Os autores, genericamente, caracterizam as condições a que a pessoa se submete aquando do TPH, definindo etapas, (Whedon *et. al.*, 1997; Ljungman, 2006; Saria e Gosselin-Acomb, 2007; Udina, 2007; Apperley, 2008; Berteanu *et. al.*, 2011; Gratwohl e Carreras, 2012):

- *Pré-transplante*: é a fase de preparação para se proceder ao transplante e caracteriza-se por duas etapas principais, primeiro em ambulatório e depois em regime de internamento: (a) Avaliação

prévia, em ambulatório, sendo realizados vários exames diagnósticos para avaliação do estado do doente e/ou dador; (b) Numa situação de proposta para auto-transplante é realizada a calendarização para a mobilização com administração de Quimioterapia e fatores de crescimento para posterior colheita, possível de acordo com a avaliação realizada;

- *Condicionamento* (do tipo padrão ou intensificado): frequentemente realizado em regime de internamento, inclui a administração de Quimioterapia em altas doses e, por vezes, também a submissão a radioterapia (irradiação total do corpo – TBI); tem por objetivo provocar aplasia medular profunda com a “criação de espaço” e imunossupressão, para a erradicação da doença que depois de iniciada é irreversível, só se recompondo o sistema hematopoiético após o transplante, implicando cuidados na prevenção de infeções e, assim, isolamento protetor. As complicações nesta fase estão relacionadas com a administração de quimioterapia e radioterapia ou efeitos tardios destes (náuseas e vômitos, alopecia, mucosite, hemorragias, diarreia, febre, eritema, parotidite).

- *Dia do transplante*: Consiste na administração endovenosa de medula óssea/células hematopoiéticas, previamente colhidas através de Cateter Venoso Central e tem como objetivo a reconstituição hematológica do doente.

- *Pós-Transplante*: consiste numa fase de aplasia profunda que se estende, caracteristicamente, da primeira à terceira semana após o dia do transplante (14 a 21 dias), e cujo enxerto ocorre até à alta, com o início da produção normal de células sanguíneas; as complicações agudas são frequentemente desenvolvidas nesta fase, pelo que se sublinha o risco de infeção, risco de hemorragia, risco de carências nutricionais, risco de intolerância ao isolamento; risco de doença veno-oclusiva e risco de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) (alterações a nível da pele, sistema gastrointestinal, fígado e também hipertermia persistente), exclusivo em situação de transplante alogénico; justificam a necessidade de um período de internamento para prestação de cuidados de suporte em situação crítica com monitorização e, inclusivamente, suporte avançado de vida;

- *O dia da alta*: acontece após a recuperação hematológica, e de acordo com a situação da pessoa submetida a TPH; será determinada a frequência de seguimento na consulta no Hospital de dia de acordo com a recuperação da toxicidade do condicionamento; dada a suscetibilidade a infeções oportunistas, quer endógenas como exógenas, devem manter cuidados; sublinha-se a responsabilidade do doente em tomar a medicação rigorosamente, vigiar sinais de alerta e em seguir o plano terapêutico, com o objetivo de prevenir ou tratar as complicações decorrentes.

- *Cuidados após a alta*: ocorrem nos primeiros 100 dias após o tratamento, salientando-se o foco da equipa de Transplante, num contexto domiciliário ou de consulta/ambulatório, em prevenir e/ou tratar complicações e avaliar a recuperação do enxerto ou estadio da doença da pessoa submetida a TPH, com especial atenção para as principais complicações do TPH alogénico, que podem acontecer entre os 30 a 100 dias posteriores: DECH, pneumonia intersticial e infeção disseminada por fungos; aos 100 dias após o TPH, a maioria dos centros de transplantação avaliam o estado da doença e toxicidades remanescentes, determinando a decisão para retorno a consulta de médico assistente e enfermeiro de referência, programando-se uma avaliação específica anual.

O TPH é apresentado, em diversos estudos e tratados, como uma atividade predominantemente médica ou um procedimento terapêutico agressivo, de alto custo financeiro, alimentada pelo espírito cartesiano que sublinha a doença e tratamento, sob o risco de perder de vista a pessoa e a sua vivência (Whedon *et. al.*, 1997; Phaneuf, 2001; Udina, 2007; Apperley e Keating, 2008).

Contrapondo, pessoa ou indivíduo, na sua aceção de ser humano e cliente, em contexto dinâmico, que se submete ao TPH, viabiliza o desenvolvimento da especialidade; por sua vez, a origem da palavra *submeter* (do latim *submitto*) que significa *tornar dependente de*, conduz ao fenómeno *A Pessoa Submetida a TPH*, com as respetivas variáveis dependentes e independentes a considerar na perspetiva sistémica, (ICN, 2005; Baldomero *et. al.*, 2011).

O TPH efetiva-se maioritariamente no tratamento de doenças oncológicas associadas a complicações e fatores de tensão físicos e psicológicos vivenciados pelo doente e família, a sua matriz social com a qual vive e funciona, *composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente*, (ICN, 2005:171). É inerente a condição de transição ou crise, sendo agente num sistema aberto e contextual, com múltiplas dimensões – física, cognitiva, afetiva, social, espiritual - e em interação dinâmica entre estados de saúde e doença, com implicação de mecanismos de resolução de problemas para satisfazer as necessidades vitais dentro de uma realidade com significativo risco de vida associado: o TPH autólogo é associada a 2-5% de índice de fatalidade precoce, e 10-25% dos doentes submetidos a TPH alogénico sucumbem mais cedo ou mais tarde decorrente da DECH, ou complicações associadas à mesma, (Von Bertalanffy e Ludwig, 1950;1972; Phaneuf, 2001; Thomas, 2004; Lopes, 2006; Meleis, 2011).

O TPH tem intenção curativa e de aumento da sobrevida, mas está associado a importantes repercussões na Qualidade de Vida e imunossupressão prolongada, muitas vezes, para além dos 2 anos, principal causa de morbilidade e mortalidade, implicando uma gestão continuada da doença,

dentro das condições de cronicidade definidas pela OMS: *problemas de saúde que requerem continuidade no tratamento durante um período de anos ou décadas*²¹, (WHO, 2002:11; Pimentel, 2006; Tomblyn, et. al., 2009; Gratwohl e Carreras, 2012).

2.1.3. O Planeamento da alta da Pessoa submetida a Transplante de Progenitores Hematopoiéticos

A recuperação hematológica e imunológica da pessoa submetida a TPH ocorre dentro de uma velocidade variável e é influenciada por: a natureza e estadió da doença primária, a quimioterapia administrada previamente ou radioterapia, o tipo de regime de condicionamento aplicado, o tipo de profilaxia DECH instituído, as complicações virais, e o uso de agentes antivirais. Assim, a média de estadia em internamento varia de acordo com a condição do doente, o tipo de transplante e o protocolo aplicado, (Whedon et.al, 1997; Apperley, et.al., 2008).

A hospitalização de um doente visa, sobretudo ajudá-lo a recuperar de um problema de saúde, no intuito de melhorar e de se reintegrar na sociedade o mais rapidamente possível, (Ferreira, et. al., 2011:122). Ainda que variem entre os centros de transplante, os critérios comuns para alta da pessoa submetida a TPH do contexto de cuidados agudos, incluem:

*(i) contagens de neutrófilos acima dos 500/mm³ em dois dias consecutivos; (ii) doente sem febre e com antibióticos suspensos há, pelo menos, 48 horas; (iii) ingestão oral de mais de 1000 Kcal por dia; (iv) náuseas e vômitos controlados; (v) diarreia é inferior a 500 ml por dia; (vi) a tolerância do doente a medicação oral é superior a 48 horas; (vii) os cuidadores estão disponíveis para providenciar cuidados 24 horas por dia, durante o período de tempo necessário; (viii) o paciente ou cuidador está capacitado para cuidar do cateter venoso central*²², (Whedon, 1997:93).

²¹ *Chronic conditions are health problems that require ongoing management over a period of years or decades*, (WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action. Geneva, Who. ISBN 9241590173: 11)

²² Patient's absolute neutrophil count (ANC) is greater than 500/mm³ for 2 consecutive days; Patient is afebrile and has been off antibiotics for 48 hours; Patient's oral intake is greater than 1000 Kcal per day; Nausea and vomiting is controlled; Diarrhea is less than 500 ml per day; Patient tolerance of oral medications has lasted at least 48h; Caregivers are able and willing to provide 24 hour care for as long as needed; The patient or caregiver is able to care for central venous catheter. (WHEDON, M. [et.al.] (1997). *Blood and Marrow Stem Cell Transplantation: Principles, Practice, and Nursing Insights*. 2ª ed., Edição de Jones & Bartlett Publishers. ISBN 0763703567:93)

Constituindo a última fase do internamento, a alta não deve ser encarada como a etapa final do processo de prestação de cuidados, mas sim como uma das suas fases, numa ótica de transição, uma vez que se aposta, cada vez mais, na continuidade dos cuidados, e por isso, também ela definida como processo, (Chick e Meleis, 1986; Prasad, Klingner e Moscovice, 2011).

A expressão “planeamento da alta” é, assim, empregue para descrever todo o processo decorrente do momento da alta hospitalar, facilitando o planeamento das intervenções necessárias à satisfação das necessidades dos doentes em cuidados de saúde, com o objetivo de proporcionar a continuidade dos cuidados, na perspetiva da tríade doente-família-comunidade. Trata-se de um processo contínuo e que deve ser iniciado no dia da admissão hospitalar, envolvendo o doente, a família e a equipa de saúde, visando a garantia de obtenção de ganhos em saúde, (Ferreira, et. al., 2011:122).

Assim, por ocasião da alta hospitalar, a Pessoa submetida a TPH, deverá estar apta para assumir as ações necessárias para comprometer-se com a continuidade ao tratamento, lidar com as suas consequências e retomar a sua vida, o que implica a aquisição de novos conhecimentos e habilidades, adaptar-se às condições impostas pela terapêutica, atendendo às suas capacidades e reunindo os recursos necessários, próprios e da comunidade, que visem o comprometimento com o processo de recuperação, de forma a desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas visando a autonomia, (Phaneuf, 2001; Apperley, 2008; Ford e Wickline, 2009).

É importante a discussão das reações emotivas despoletadas pelo momento da alta, sendo que esta depende de cuidadores competentes e apoios/recursos adequados em casa, (Whedon, 1997; Kovacs et. al., 2008; Prasad, Klingner e Moscovice, 2011).

O registo divulgado pela OE (2001), que adota os modelos conceptuais, expõe que o enfermeiro deverá estabelecer uma relação de ajuda com o utente, não descurando a metodologia científica (colheita e apreciação de dados, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação dos resultados), de acordo com o grau de dependência do utente. Neste contexto, mediante o ato de Cuidar, neste caso em enfermagem, procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação, satisfazendo as necessidades humanas fundamentais e procurando a independência máxima na

realização das atividades de vida, mediante capacitação para o autocuidado²³, (Collière, 1989; REPE, 1998; OE, 2001; CIE, 2003; 2005).

Phaneuf (2001) assinala a importância da planificação dos cuidados no processo de enfermagem²⁴ definindo a organização de uma estratégia de cuidado, ou a ação de coordenar definida pelo CIE (2005), seguida pela etapa de execução, que permite a pessoa atingir os objetivos fixados, integrando as funções de enfermagem: cuidativa, educativa e de relação de ajuda, (Phaneuf, 2001; CIE, 2005).

Todavia, são evidenciados dados relativos à frequente ausência dos enfermeiros no processo de planeamento de alta e a insuficiente orientação dos enfermeiros na preparação da alta, salientando-se a necessidade de um programa de educação permanente que sensibilize e foque as atribuições do enfermeiro na alta do doente, (Prasad, Klingner e Moscovice, 2011; Ferreira *et. al.*, 2011).

O ajustar funcional a défices e a adaptação a diversos fatores, muitas vezes, através de processos de aprendizagem do cliente, trata-se de um dever do enfermeiro (OE, 2001).

No planeamento da alta da pessoa incluída no programa de transplantação, são atribuídos ao enfermeiro os papéis de avaliação, ensino, coordenação dos cuidados, (Ford e Wickline, 2009).

As evidências salientam a importância da comunicação e educação do cliente no planeamento da alta e continuidade de cuidados, mediando a provisão de informação sobre o regime terapêutico e sobre recursos existentes na comunidade. Salientam os resultados obtidos pela aplicação do questionário de planeamento da alta – PREPARED, desenvolvido por Grimmer e Moss (2001), que avalia a qualidade do planeamento da alta, no que diz respeito à confirmação da informação e comunicação se constituírem como pilares estruturantes do processo de preparação para alta, (Grimmer e Moss, 2001; Ferreira *et. al.*, 2011).

2.1.3.1. A Intervenção Educativa

A Educação em cuidados de saúde é vital para a adesão da Pessoa aos planos de tratamento e terapêutica, (Stonecypher, 2009).

²³ Autocuidado define-se como (...) *um tipo de ação realizada pelo próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida*, (CIE, 2003:55); o Conselho Internacional de Enfermeiros (2005) define a capacidade para o autocuidado, como um Status, referente à condição da pessoa relativamente a outras, ou posição relativa de uma pessoa e que significará a habilidade do indivíduo em executar ações que respondam às suas necessidades.

²⁴ *Processo intelectual e deliberado, estruturado segundo etapas logicamente ordenadas, utilizado para planificar cuidados personalizados visando a melhoria do estado de saúde da pessoa cuidada*, (Phaneuf, 2001: 92)

As investigações de Mishel (2006), relativas ao fenómeno incerteza na doença, constituindo a teoria de médio alcance da incerteza na doença, revelam que a “incerteza” tem efeitos negativos na qualidade de vida da Pessoa com Doença Crónica. A incerteza conduz a “distress” psicológico, pela insuficiência nas respostas de adaptação e na gestão de respostas emocionais negativas, (Mishel, 2006).

Salvaguardando casos de recusa de informação por parte do cliente, a provisão de informação verbal e/ou escrita pelo prestador de cuidados é reportado como uma estratégia com efeitos positivos para os clientes, a nível da: aprendizagem, participação na tomada de decisão, satisfação, adesão, enfrentamento e QV, utilização de recursos, sinais e sintomas, (Fernsler e Cannon, 1991; Conway e McMillan, 2006).

A OMS enuncia que existe evidência substancial relativamente à relação entre a implementação de programas de aconselhamento, educação e confirmação da informação apreendida, com a melhoria de resultados de saúde das pessoas sujeitas a condições de cronicidade, (OMS, 2002; 2003).

A educação é uma intervenção simples e visa a melhoria dos conhecimentos relativos à doença e ao tratamento, permitindo a compreensão da necessidade de cumprimento do esquema proposto, viabilizando assim o *Conhecimento Sobre Saúde* no que se refere a um

Status de Conhecimento com características específicas: Estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para o cliente, (ICN, 2005: 96).

Fawzy e colaboradores (1995) apresentam a intervenção educativa no planeamento da alta, como um método provadamente facilitador na promoção e responsabilização na adesão ao regime terapêutico ou cumprimento, definidos como:

Volição com as características específicas: Ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre

medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente, (ICN, 2005: 81)

Por acréscimo, tem impacto a nível da redução na utilização dos serviços do sistema de saúde e custos associados, (OMS, 2002; Bugalho e Carneiro, 2004; Lisson *et. al.*, 2005; Kiss e Kainz, 2008; Branco, 2010; Mumbay *et. al.*, 2011).

Considerando Phaneuf (2001), de acordo com a escola das Necessidades, trata-se de suprir a necessidade de aprender, constituída como uma *necessidade para o ser humano de adquirir conhecimentos sobre si próprio, sobre o seu corpo e o seu funcionamento, sobre os seus problemas de saúde e sobre os meios de os prevenir e de os tratar a fim de desenvolver hábitos e comportamentos adequados*, (Phaneuf, 2001:85).

A adequada gestão da informação é fundamental para que a mesma cumpra o papel organizador. Deve, pois, ser contextualizada, repetida, garantida, as vezes consideradas necessárias pelo doente. O enquadramento desta gestão sob a perspetiva de teorias de educação em saúde pode suportar o processo pedagógico à pessoa submetida ao TPH – Teoria da Aprendizagem do Adulto, Teoria da Auto-Eficácia e a Teoria da Cognição Social (Lopes, 2006; Stonecypher, 2009).

Neste âmbito, procurando ganhos em saúde e o bem-estar da pessoa, o enfermeiro, promove a aprendizagem do cliente para ampliar os recursos pessoais, familiares e comunitários e facilitar a gestão dos desafios ao longo do seu percurso, como forma de este se autocuidar (conceito desenvolvido por Orem, no âmbito da escola das necessidades) e que em linguagem CIPE, se define:

Atividade executada pelo próprio com as características específicas: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária, (CIE, 2005:46).

Simultaneamente, decorrente deste respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa, viabiliza-se o consentimento informado, associado aos princípios de autodeterminação, liberdade individual, formação de uma vontade esclarecida e escolha pessoal. Na perspetiva da teoria de Benner (2001), apresenta-se a identificação deste campo de atuação do enfermeiro com o domínio *Função de Educação e Guia*.

Importante será referir que as intervenções de enfermagem no campo da gestão de informação/educação sobre a saúde, função profissional por excelência, devem de ocorrer segundo as suas qualificações profissionais e área de abrangência autónoma e interdependente (que visa

intervenções incluídas numa equipa, ou prescritivas) respeitando os princípios legais vigentes respeitantes ao consentimento informado²⁵. É possível concretizar o assinalado mediante o Ensino da Pessoa submetida a TPH (cliente) que primariamente se define como uma

Intervenção profissional pela qual a enfermeira estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou a um grupo informação sobre a doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vista a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde, (Phaneuf, 2001:401).

Todavia, atendendo ao documento CIPE (versão1.0) emanada pela CIE (2005), constata-se a necessidade de recorrer a várias definições para abarcar a significação total do conceito apresentado por Phaneuf (2001), pelo que se constitui esta como orientação no estudo do fenómeno. Esclarecendo, a CIE (2005) define aconselhar como a ação que conduz à capacitação, atribuindo a ação de informar ao conceito ensinar, que por sua vez é aplicado na definição do conceito educar²⁶.

Esta intervenção, que se baseia na transmissão de informação, encontra-se obrigada a determinações que constituem os documentos para a regulamentação do exercício da profissão de Enfermagem. Definindo-se o contexto da prestação de cuidados de saúde uma área que envolve diversos recursos (humanos, técnicos e financeiros), no seu exercício profissional, o Enfermeiro encontra-se inserido num contexto e atuação multiprofissional e multidisciplinar, exercendo a sua atividade no seio de uma equipa de saúde, norteadas mediante os enunciados nas alíneas a), b) e c) apresentados no nº 3 do artigo 78º, do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, respeitantes à responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade e ao respeito pelos direitos humanos, tendo em vista a excelência do exercício na profissão.

²⁵ 1) Competência e capacidade para decidir, pois que o consentimento deve ser o ato de uma pessoa competente; 2) Informação correta, necessária para realizar uma escolha, em veracidade; 3) Validação da compreensão da informação fornecida, ou seja, a pessoa deve ser informada e compreender a informação dada para fazer a sua escolha – pressupõe-se, assim, a formação de uma vontade esclarecida; 4) Liberdade para decidir, ou seja, voluntariamente, sem coação externa (Artigo 84º do DECRETO-LEI nº104/98, de 21 de Abril do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, que regulamenta o Código Deontológico do Enfermeiro nele incluso)

²⁶ Aconselhar – Ação de Orientar com as características específicas: Capacitar alguém para tomar a sua própria decisão, através do diálogo; Ensinar – Ação de informar com as características específicas: Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde; Educar – Ação de Ensinar com as características específicas: Transmitir conhecimentos sobre alguma coisa a alguém, (CIE, 2005:137)

No que concerne à problemática do acesso à informação de saúde da pessoa, que é realizado diretamente com o cliente e, indiretamente, pelo processo clínico, e salientando o dever exposto na alínea b) do supracitado artigo 85º, o enfermeiro assume o dever de partilha de informação pertinente só com aqueles implicados no plano terapêutico, sob a definição de família, obedecendo a critérios orientadores de bem-estar, segurança e conservação da intimidade e confidencialidade.

Tal como o processo de enfermagem, o processo pedagógico é estruturado da mesma forma, começando por uma colheita de dados sobre a pessoa e as suas necessidades de aprendizagem, que são analisados para a planificação das aprendizagens, que devem ser aplicadas, realizadas e avaliadas.

Coadunam, com o citado, os objetivos a atingir numa perspetiva da filosofia de gestão autónoma da doença crónica: otimizar a gestão clínica da doença; gerir os papéis sociais e atividades; gerir o impacto emocional de viver com a doença crónica, (Lorig, 2003).

Benner (2001) defende que a intervenção respeitante à educação e guia da Pessoa exclui momentos formais, elegendo circunstâncias mais adequados, de acordo com a disponibilidade vivencial da mesma para o momento se desenvolver. Phaneuf (1999), por outro lado, defende que o ensino informal e espontâneo é valorável, contudo é preferível estruturá-lo, ou seja, planificá-lo, integrando todos os elementos que deverão ser tomados em consideração afixando as etapas precisas para a sua colocação em prática. A execução do plano de ensino pressupõe uma comunicação particular onde intervêm a personalidade, a maneira de ser e os conhecimentos do enfermeiro, acrescentando Benner (2001), no qual o enfermeiro é obrigado a utilizar todos os seus recursos pessoais; pode ser flexível, consoante as alterações do estado do doente ou a organização de cuidados. Nunca deve descurar a avaliação da aprendizagem, no que diz respeito ao que a pessoa reteve e o que esta é capaz de fazer na sequência deste, e se é necessário estabelecer novos objetivos (Benner, 2001; Phaneuf, 2001).

O ensino exige tempo, pelo que vários autores, defendem que numa equipa em que aquele esteja bem implantado, é possível reparti-lo entre vários enfermeiros que trabalham em turnos diferentes, de acordo com um plano com objetivos claros e alguns elementos de conteúdo. É fundamental que a comunicação se desenvolva com base na agenda do doente, de acordo com as suas necessidades de informação, as suas preocupações e expectativas (Neto, 2006; Tulskey, 2005).

O confinar do doente submetido a TPH implica a sujeição a condições e a emoções perturbadoras que são necessários ter em consideração aquando da comunicação e processo educativo, (Molassiotis, 1996; Kovacs *et. al.*, 2008).

O exercício profissional dos enfermeiros centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa/família/comunidade. A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com a pessoa, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel, (OE, 2003).

A relação é indissociável na prestação de cuidados e fundamental para a mesma, pelo que fomentou o desenvolvimento de várias abordagens teóricas, dada a pluralidade que caracteriza os seres humanos em relação, e de que são exemplo: a relação enquanto instrumento terapêutico, (Peplau, 1990); os dez fatores cuidativos constantes na relação em cuidados de enfermagem, que é dinâmica, interpessoal, humana e humanizadora, (Watson, 1999); a interdependência entre os cuidados técnico-instrumentais, a gestão dos sentimentos e a gestão da informação, essencial à intervenção terapêutica e inerente à natureza da relação de cuidados, (Lopes, 2006).

De acordo com Lopes (2006) que se refere aos trabalhos de Kim (1997) na interação enfermeiro-doente deve-se equacionar as variáveis: os atores individuais (enfermeiro e doente); o contexto social da interação; a natureza da interação e as metas de saúde do doente. Sobreposição o modelo de Qualidade-Cuidado © que enuncia como variáveis divididas em níveis de conceptualização: Estrutura – prestador, sistema/contexto, e doente/família; Processo: relação estabelecida no encontro de cuidado, independente/ colaborativa; Resultados: Saúde, Capacitação, Sentir-se cuidado, resultados sensíveis de enfermagem, (Duffy e Hoskins, 2003).

Cada enfermeiro pode então fazer a formação adequada a cada indivíduo, de acordo com a sua pertinência e adequabilidade ao momento, e registar os elementos que abordaram e avaliaram, permitindo a continuidade de prestação de cuidados, (Phaneuf, 2001).

Weldon e colaboradores (2005), defendem ainda que desenvolver um plano de continuidade de cuidados é vital para o acompanhamento do cliente. Do ponto de vista legal jurídico e deontológico, os registos adquirem estatuto fundamental em relação à continuidade dos cuidados de Enfermagem: *O enfermeiro, no respeito do direito ao cuidado na saúde ou doença, assume o dever de: (...) d) Assegurar a continuidade dos cuidados, registando fielmente as observações e intervenções realizadas*, (art.º 83º do Decreto-Lei nº104/98, de 21 de Abril do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alterado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro Estatutos da Ordem).

Rycroft-Malone (2008), assinala a vantagem do desenvolvimento e a implementação de *guidelines* ou diretrizes no campo das intervenções autónomas em enfermagem, mas sugere cautela relativamente à abstração da individualidade da Pessoa. A sua construção baseia-se por definição na análise rigorosa da evidência científica; em último caso, quando esta não é suficiente, recorre-se ao consenso de peritos e tem por finalidades: a pesquisa, e partilha de conhecimento atualizado; controle de qualidade; intercâmbio de conhecimento entre as instituições; aumento da

produtividade; adoção de padrões; garantia de segurança; controle de custos; redução do uso desnecessário de recursos, (Addrat, s.d.; Garaizar *et. al.*, 1999; Bahtsevani, 2010).

Instrumentos práticos que visam a aplicação da abordagem de cuidados padronizada, e comungam com as fontes de referência de evidência científica, mediando a continuidade, têm sido utilizados, incluindo listas de verificação, panfletos, vídeo ou materiais informáticos, (Rycroft-Malone, 2008).

Kitto cita Bosk apontando as fragilidades da aplicação não reflexiva de lista de verificação – *Checklist*, e defende que os

Resumos das evidências precisam de ser combinados com uma compreensão, aliada a uma estratégia, para conjugar as barreiras técnica, social/política e psicológica (mesmo emocional) ao uso da evidência, esclarecendo os resultados de desempenho²⁷, (Bosk, 2009 citado por Kitto, 2010:610).

Na área do processo Pedagógico da Pessoa submetida a TPH, embora em escasso número, observa-se a divulgação de resultados dos projetos de intervenção, visando a aplicação de metodologias de cuidados baseados em protocolos e implementação de instrumentos de verificação, (Vu *et. al.*, 2007; Mueller *et. al.*, 2007).

²⁷ (...) summarising evidence is a necessary but not sufficient step for translating evidence into practice. Evidence summaries need to be combined with an understanding of, and a strategy for, mitigating the technical and social/political and psychological (even emotional) barriers to using the evidence, and with feedback about performance. (Bosk (2009: 445), citado por KITTO, S. (2010). Evidence-based checklists: intended and unintended consequences for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*. Toronto, 24(6):609-611: 610. ISSN 1356-1820).

3. O Fenómeno compreendido na Prática Baseada em Projeto

A natureza da enfermagem enquanto disciplina, e simultaneamente enquanto prática, compreende a investigação e ciência, pelo que *a teoria e a prática devem desenvolver-se de forma dialéctica e não em exclusivo numa relação assimétrica da prática subordinada à teoria*, (Gameiro, 2003: 11). O contexto do fenómeno de prestação de cuidados de enfermagem define-se pela sua complexidade e constante dinâmica, pelo que a integração do conhecimento proveniente de várias fontes (empírico e científico) é essencial para a prática baseada na evidência e para a qualidade dos cuidados, alicerces da formação ao longo da vida, perseguindo a melhoria contínua do desempenho, (Lusardi, 2002; Duffy, 2008; Fernandes, Flores e Lima, 2010).

Os modelos curriculares tradicionais de tipo transmissivo e normativo incorrem em discussões relativamente à sua eficiência perante a complexidade e dinâmica do contexto atual. A aprendizagem orientada para o processo, e metodologias como a aprendizagem baseada em problemas ou aprendizagem baseada em projetos, são metodologias educativas alternativas que procuram capacitar os estudantes para um contexto ativo, não linear e de aprendizagem constante, necessária à dinâmica inerente ao contexto clínico, (Lusardi, 2002; Fernandes, 2010).

A aprendizagem baseada em Projetos trata-se de uma metodologia centrada na aprendizagem do estudante, e por isso, uma metodologia ativa, promovendo o trabalho em equipa, a resolução de problemas²⁸ e a articulação teoria/prática na ótica de formação-ação, transformando um problema em projeto, que culmina com a apresentação de uma solução/produto a partir de uma situação real, articulada com o futuro contexto profissional, (Canário, 2003; Fernandes, Flores e Lima, 2010; Mateus, 2011).

O Processo de Bolonha (1999) mediou, em Portugal, a disseminação da metodologia de Aprendizagem baseada em Projetos como estratégia adequada à promoção de uma aprendizagem ativa, centrada no trabalho autónomo do aluno e na integração de conteúdos que possibilitam a mobilização perante as oportunidades de estudo, mediante a adequação de um sistema de créditos e, assim, a continuidade do processo formativo com o desenvolvimento de competências transversais, (Leite, Malpique e Santos, 1989; Fernandes, 2010).

²⁸ Entende-se por problema, a diferença entre uma situação existente e uma outra que é desejada, (Mateus, 2011).

Neste contexto, decorreu a experiência formativa especializada e de natureza profissional ministrada pela ESS do IPS em articulação com o contexto clínico de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TPH, IICPGEMC, fundada em metodologia ativa de aprendizagem baseada em projeto - Construção de Instrumento de Orientação e Verificação do Processo Educativo no Planeamento da Alta da Pessoa submetida a TPH – desenvolvida nos dois semestres do ano letivo de 2008-2009, englobando dois períodos de Estágio (I e II). Teve em consideração o sistema de créditos, com equivalência de 56 ECTS que em combinação com a validação de competências, possibilitaram a adequabilidade e oportunidade de prosseguimento para o CPLEEMC. Entre o período 2009 e 2010, foi promovido um balanço da aprendizagem baseada em projeto em complemento com o Estágio III, perfazendo 90 ECTS que definem a organização da formação. Esta estrutura ao ser consentânea com o currículo do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre, com o total de 90 ECTS (dos quais 32 ECTS correspondem a períodos de Estágio), assegurou a oportunidade de continuidade formativa científica de carácter profissionalizante. Decorre assim um percurso manifestamente etápico dadas as condicionantes formativas descritas.

3.1. O Projeto: Criação de instrumento de orientação e verificação do processo educativo

O trabalho de projeto relativo à “Construção de um Instrumento de Orientação e Verificação do Processo Educativo” no Planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH, foi desenvolvido em estreita relação entre o contexto académico e profissional, caracterizando-se pela metodologia investigativa centrada na resolução de problemas pertinentes e reais no contexto do STPH, realizáveis com o tempo, as pessoas, os recursos disponíveis ou acessíveis e com ligação ao contexto circundante, com o princípio da autonomia subjacente ao processo de aprendizagem, numa construção pessoal do saber, em grupo. *O Trabalho de Projeto faz apelo mais ao pensamento divergente do que ao pensamento convergente*, (Leite, Malpique e Santos, 1989:80).

O conceito do Projeto enunciado sugere um movimento, trajetória, e encontra-se associado à organização da ação, defendendo Moura e Barbosa (2006), que o desenvolvimento de um projeto se define como um empreendimento que pretende produzir algo novo. De acordo com estes

autores, podem ser classificados da seguinte forma: intervenção, pesquisa, desenvolvimento (ou de produto), ensino ou trabalho²⁹. Todavia, podem existir situações em que os mesmos ocorrem de forma articulada ou integrada. Para efeito de classificação, a atividade predominante é a que contribui para classificar o tipo de projeto em questão.

Ainda que estejam definidos vários modelos de projetos, todos seguem um padrão semelhante de fases típicas: definição, implementação e avaliação, (Conselho da Europa e Comissão Europeia, 2000). O Project Management Institute (PMI, 2000), por sua vez, determina que o projeto tem um ciclo de vida, determinado por uma sequência de fases, categorizando-as em inicial, intermédia e final. Existem outros modelos que enumeram um maior número de etapas para a consecução do projeto, como é o caso de Castro e Ricardo (2003), que enuncia oito etapas³⁰. A condução realizada desde a ideia inicial ao remate final, com as necessárias adaptações à realidade do STPH, gerindo recursos e pessoas, mediante as diferentes fases do projeto enunciadas, define-se como a gestão deste projeto.

(...) contudo, o fim de um projeto normalmente traz consigo um novo projeto, ou nem que seja apenas a continuação do anterior, (Conselho da Europa e Comissão Europeia, 2000: 87). São identificados pontos fortes e fracos nos programas e serviços, a fim de agilizar ou ajustar a sua eficácia e eficiência, contribuindo e sustentando a investigação, com a pretensão de melhorar e fazer evoluir a prática, (Duffy, 2008; Dores et. al., 2010).

Por conseguinte, corroborando o anteriormente mencionado, a experiência pedagógica que versou o percurso da gestão do projeto de “Criação de um Instrumento de Orientação e Verificação do Processo Educativo” teve início em Novembro de 2008, como proposta de aprendizagem baseada em Projeto no âmbito do II CPGEMC da ESS do IPS, situação de aprendizagem significativa, num movimento dinâmico, sendo apresentados documentos para facilitar a compreensão do mesmo:

²⁹ Projetos de Intervenção: acontece no sistema educacional ou numa organização, com vistas a promover uma intervenção, propriamente dita, no contexto em foco, através da introdução de modificações na estrutura organização) e/ou na dinâmica (operação) do sistema ou organização, afetando positivamente seu desempenho em função de problemas que resolve ou de necessidades que atende; Projetos de Pesquisa : objetiva a obtenção de conhecimentos sobre determinado problema, questão ou assunto, com garantia de verificação experimental ; Projetos de Desenvolvimento (ou de Produto): ocorrem no âmbito de um sistema ou organização com a finalidade de produção ou implantação de novas atividades, serviços ou “produtos”; Projetos de Ensino: elaborados dentro de uma (ou mais) disciplina(s), dirigidos à melhoria do processo ensino-aprendizagem e dos elementos de conteúdos relativos a essa disciplina ; Projetos de Trabalho: desenvolvidos por alunos em uma (ou mais) disciplina(s), no contexto escolar, sob orientação de professor, e têm por objetivo a aprendizagem de conceitos e desenvolvimento de competências e habilidades específicas.(Moura e Barbosa, 2006)

³⁰ O trabalho desenvolve-se nas seguintes fases: 1. Escolha do problema; 2. Escolha e definição dos problemas parcelares; 3. Preparação e planeamento do trabalho; 4. Trabalho de campo; 5. Ponto da situação; 6. Tratamento das informações recebidas; preparação do relatório e da apresentação; 7. Apresentação dos trabalhos; 8. Balanço, (Castro e Ricardo, 2003: 9).

plano do projeto, cronograma de atividades, cronograma das actividades desenvolvidas, instrumento de verificação construído e respectivo guia orientador de utilização do instrumento construído, nos **Apêndices A, B, C, D, F e G**³¹, respetivamente.

O atual mapeamento sinóptico do trabalho de projeto, apresentado na Figura 2, justifica-se porque a *produção de mapas, essencial, (...), para o refinar de ações, ocorre frequentemente num contexto de ação*, (Damásio, 2010:90), com a subjacência da *integração construtiva do pensamento, sentimentos e ações, levando à capacitação humana de compromisso e de responsabilidade*, (Novak, 2000: 13).

A. DEFINIÇÃO DO TRABALHO DE PROJETO

(1) Escolha do Problema

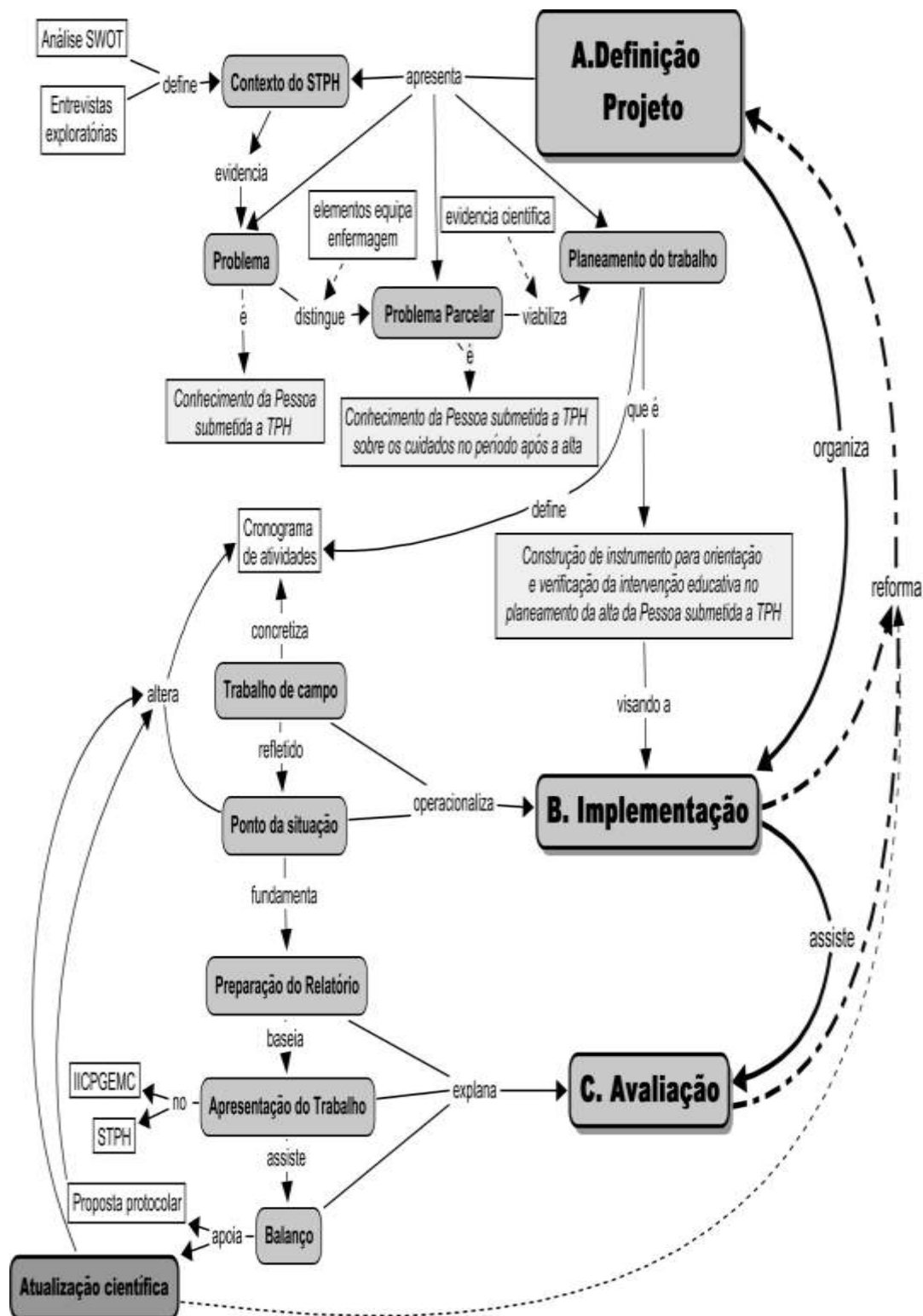
A escolha da área do problema decorreu da observação das condições oferecidas pelo contexto envolvente, especificamente o STPH, em colaboração com enfermeira colega de formação académica e da equipa de enfermagem no STPH em regime de ambulatório. O diagnóstico de situação efetivou-se implementando a metodologia de gestão qualitativa – grelha SWOT (*Strength, Weakness, Opportunities, Threats*) - capaz de traduzir uma visão global das potencialidades, fragilidades, oportunidades e ameaças do contexto. Colaboraram neste processo elementos selecionados aleatoriamente na equipa de enfermagem, culminando com o contributo da Enfermeira chefe para eleger a área Problemática com necessidades de intervenção prioritária na organização, objetivando a melhoria da qualidade de prestação de cuidados de saúde: O Conhecimento da pessoa submetida a TPH. Define-se como campo de intervenção de enfermagem autónoma e, simultaneamente, uma área de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Concorda ainda com a preocupação e motivação do promotor para desenvolver o projeto, estando o seu trajeto de formação relacionado com a qualidade de prestação de cuidados de saúde na Capacitação da Pessoa a vivenciar situação de crise e respetivo Projeto de saúde.

(2) Escolha e definição dos problemas parcelares

A validação da relevância do problema definido, seguiu-se com a cooperação da equipa por meio de entrevista exploratória e análise de conteúdo, (Bardin, 2008).

³¹ Nota: A construção dos documentos apresentados em Apêndice iniciou-se no ano de 2009, momento em que a terminologia vigente na instituição, contexto da implementação do estudo, aplicava Unidade de Transplante Medular para denominar o vigente Serviço de Transplante de Progenitores Hematopoiéticos, e Transplante de Medula Óssea para identificar o actual procedimento de Transplante de Progenitores Hematopoiéticos. A fundamentação da evolução histórica da conceptualização encontra-se brevemente expressa na página 39 desta dissertação.

Figura 2: Mapa Sinóptico do percurso de consecução do projeto de *Criação de um instrumento de orientação e verificação do processo educativo* (Conselho da Europa e Comissão Europeia, 2000; Barbosa e Castro, 2003).



A seleção da amostra para entrevista foi realizada por conveniência, propondo-se a obter testemunhos de enfermeiros do STPH adaptando a categorização do modelo de desenvolvimento de competências de Benner (2001), neste caso em três níveis distintos e sob sugestão da Enfermeira Chefe. Foram isoladas unidades de contexto que enunciam necessidades a nível do contexto alargado do processo de intervenção educativa no planeamento para alta da Pessoa submetida a TPH, no domínio dos registos, estruturas físicas de facilitação de transmissão de informação, nas relações colaborativas de cuidados relativas ao processo de transmissão de informações/processo educativo, com reconhecimento do impacte negativo na gestão do regime terapêutico pelo cliente dos cuidados e respectiva família.

Priorizando a qualidade da intervenção, justificou-se nesse momento a aplicabilidade da definição de problema parcelar (Leite, Malpique e Santos, 2001) assegurando o que defende Eco: *quanto mais se restringe o campo, melhor se trabalha e com maior segurança*, (2010:39). Assim, foi evidenciado entre pares a parcela problemática prioritária em contexto de prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TPH em regime de internamento: "Conhecimento da pessoa submetida a TPH sobre os cuidados no período após a alta";

(3) Preparação e Planeamento do trabalho

Associou-se aos dados empíricos resultantes do trabalho em campo, os dados científicos resultantes de evidência científica, para salientar que esta é uma área com viabilidade para intervenção. Assim, foi definida a missão do Projeto: Melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem relativos à intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH. Surge a questão: *Como melhorar a qualidade da intervenção educativa na prestação de cuidados de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH?*

Porque as necessidades foram, frequentemente, salientadas a nível da estrutura para mediar o processo no que respeita a relação de cuidados independente e colaborativa, definiu-se o objetivo geral do trabalho de projeto: Construção de instrumento para orientação e verificação da intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.

Especificamente, definiram-se os objetivos para a concretização deste projeto:

a) Indicar os tópicos a incluir; b) Registrar os conteúdos transmitidos no processo educativo realizado no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, e os que carecem de reforço de transmissão; c) Documentar os conteúdos transmitidos no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH; d) Documentar cronologicamente a qualidade do processo educativo; e) Sistematizar a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, planeando intervenções.

No plano do trabalho, foram formulados os objetivos práticos e mensuráveis visando a conceção do instrumento mediante as atividades/estratégias formuladas, que supõem a utilização dos recursos disponíveis, ações que presumem ser avaliadas numa sequência definida em cronograma considerando os critérios delimitados, **(Apêndice A e B)**.

B. IMPLEMENTAÇÃO

(4) Trabalho de campo

A conceção do instrumento iniciou-se com a pesquisa em publicações científicas disponíveis no âmbito da problemática parcelar e objetivo do projeto. Utilizaram-se os conceitos-chave: lista de verificação; Elaboração de quadros; Ensino cliente/família; TPH; Cuidados após TPH; Adesão terapêutica; normas de construção de instrumentos de registos; guias orientadores para operacionalização de instrumentos de registo. Apresentamos os conteúdos pesquisados, e seguiu-se a sistematização da informação sobre cada conteúdo constante na lista de verificação do processo educativo, que permitiu a elaboração do respetivo protótipo. De acordo com o exemplar criado, viabilizou-se a estruturação do documento para operacionalização do instrumento para orientação e verificação da intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, **(Apêndice D e E)**.

Terminados os recursos estruturais, planearam-se sessões de formação para apresentação faseada a todos os elementos da equipa de enfermagem; pretendeu-se expor simultaneamente o instrumento para orientação e verificação da intervenção educativa no planeamento da admissão da pessoa proposta para TPH, visando dar resposta à área problemática total definida, **(Apêndice F e G)**.

(5) Ponto da Situação

A apresentação do trabalho ocorreu em época de ausência de elementos da equipa (por motivo de férias, disponibilidade pessoal ou doença), pelo que foi implementado o instrumento em forma de teste, tendo colaborado os elementos da equipa que foram alvo de formação. Foram agendadas sessões de formação futuras ajustando os recursos relativos a tempo.

C. AVALIAÇÃO

(6) Tratamento das informações recebidas; preparação do relatório e da apresentação;

Os resultados das sessões de apresentação e sensibilização para a aplicação dos instrumentos, refletiram-se sobre a estrutura e apresentação funcional dos instrumentos. Os testemunhos foram

positivos em relação à implementação teste dos instrumentos. As terminologias definidas constam nos registos de enfermagem, sendo evocados nas reuniões de passagem de ocorrências.

Foi elaborado o relatório das atividades desenvolvidas espelhado em cronograma, **(Apêndice C)**, e respetiva avaliação mediante os critérios definidos.

(7) Apresentação dos trabalhos;

O trabalho foi apresentado em contexto de IIPGEMC ministrado pela ESS do IPS em 2009 em dois momentos distintos. Primeiramente, foi apresentado o trabalho de projeto com o plano da intervenção em contexto do STPH. Este foi alvo de alterações dadas as limitações relativas ao recurso tempo. O trabalho de relatório foi apresentado por último, descrevendo a implementação e avaliação do plano de atividades desenhado **(Apêndice C)**.

Os resultados foram, também, expostos à chefe de Enfermagem do STPH. O instrumento projetado foi constituído proposta de protocolo no âmbito do Planeamento da alta da Pessoa Submetida a TPH, tendo sido alvo de apresentação na Direção de Enfermagem em 2010.

(8) Balanço

De acordo com a avaliação descrita em relatório, o objetivo geral do trabalho de projeto desenvolvido foi atingido, contribuindo para a missão a que se propôs.

A sua implementação formal na prática de cuidados no STPH ocorreu posteriormente à proposta deste projeto em Direção de Enfermagem, para ser constituído como protocolo para registo da intervenção educacional de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH. Foi comunicada a avaliação positiva em 2011, tendo sido o projeto apresentado em reunião geral da Equipa de Enfermagem do STPH, e descrito em ata.

O presente projeto assiste a intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, pelo que a sua expansão, atualização e aperfeiçoamento obriga à exploração das evidências científicas respeitantes ao processo visado e relações de cuidados implicadas, em contexto do STPH.

4. O Método para a Investigação do Fenómeno (Atualização Científica)

O presente capítulo, na verdadeira aceção do conceito de processo científico, propõe-se a expor e a explicar as etapas metodológicas que garantem a sistematização e rigor, e que viabilizam o mapa da busca do conhecimento e compreensão do significado do fenómeno em estudo com raiz nas vivências humanas, e em relação estreita entre a investigação, a teoria e a prática.

4.1. A Escolha do Método para Investigar o Fenómeno

A prática baseada na evidência é possível mediante a disponibilização de suficiente investigação científica para praticar decisões clínicas no âmbito dos cuidados de enfermagem. A evidência medeia a relação estabelecida entre a prática baseada na evidência e a investigação, e é gerada através da implementação de desenhos de investigação científica, sendo posteriormente traduzida na prática, visando a melhoria dos resultados em saúde, (Fortin, 2003; White-Williams, 2011).

White-Williams (2011), salienta o papel fundamental dos programas de transplantação na promoção da implementação da prática baseada na evidência e da investigação na prática de enfermagem, alargando-se assim ao fenómeno em estudo - A intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH. Fortin (2003), confere o suporte para o desenvolvimento desta investigação, justificando a presente etapa de pesquisa:

A investigação depende da teoria pelo facto de que esta dá um significado aos conceitos utilizados numa situação de investigação. A teoria emana da prática e, uma vez validada pela investigação, ela retorna à prática e orienta-a, (Fortin, 2003:23).

As etapas expostas nos capítulos anteriores concordam com esta definição. É apresentado o referencial teórico relativo ao fenómeno em estudo, e que funda a efetivação da metodologia de aprendizagem baseada em projeto pela *Criação de um instrumento de orientação e verificação do*

processo educativo. A respetiva avaliação exalta a necessidade da reformular a abordagem, desenvolver e refinar o conhecimento, incentivando a prática baseada em evidências.

O enfermeiro especialista utiliza a pratica baseada na evidência para desenvolver protocolos ou padrões de qualidade de cuidados de enfermagem para as unidades de transplante, (White-Williams, 2011:301).³²

Os métodos de revisão da literatura, permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências científicas relativamente ao tema investigado, (Green, 2008; Mendes *et. al.*, 2008; Botelho *et. al.*, 2011).

A revisão integrativa, trata-se de uma variação processual da revisão sistemática, sendo a mais ampla destas metodologias, propõe-se a apresentar o estado da arte sobre um tema. Resume o passado da literatura empírica ou teórica, com a inclusão de estudos que adotam diversas metodologias (ou seja, experimental e de pesquisa não experimental), fornecendo uma compreensão mais abrangente de fenómenos complexos, (Whitemore e Knafl, 2005; Torraco, 2005; Mendes *et. al.*, 2008; Souza, *et. al.*, 2010).

Em enfermagem a investigação pode incidir sobre os participantes nos cuidados, a prática de cuidados ou os seus resultados junto dos referidos participantes, aspetos que contribuem para a complexidade do campo de estudo, (Fortin, 2003).

Para além da complexidade inerente ao domínio do conhecimento de enfermagem no âmbito da Transplantação, trata-se de uma área com diminuta disponibilização de evidências científicas, (White-Williams, 2011).

Por conseguinte, o fenómeno em estudo é claramente complexo, sendo desde logo coerente a escolha da metodologia de revisão integrativa para a sua continuidade. Torna acessível a aglutinação, síntese e análise do limitado conhecimento científico existente proveniente da implementação de metodologias díspares, possibilitando a compreensão da complexidade do fenómeno em estudo que em certa medida pode ser considerado emergente.

³² *Clinical nurse specialists use evidence-based practice to develop protocols or nursing standards for transplant units. (WHITE-WILLIAMS, C. (2011). Evidence-based practice and research: the challenge for transplant nursing. Progress In Transplantation, 21(4), 299-305:301))*

4.2. O Desenho de Investigação

O “desenho da investigação” ou o plano geral para a investigação, tal como enuncia Fortin (2003), orienta a trajetória do estudo. Para elaborar uma revisão integrativa relevante é necessário que as etapas a serem seguidas estejam claramente descritas.

É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão, (Mendes, et. al., 2008:760)

A construção da presente revisão integrativa baseia-se principalmente nos trabalhos divulgados por Whitemore e Knafl (2005), Ramalho (2005), Ursi (2005), Mendes *et. al.* (2008), Souza *et. al.* (2010), Botelho *et. al.* (2011). Ainda que sejam enunciadas modificações ligeiras na divisão do processo por etapas, os autores, de forma geral, definem que para a sua construção é preciso percorrer seis etapas distintas, similares ao desenvolvimento de uma pesquisa convencional, e que se definem de seguida:

i) Identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora

Os estudiosos consideram a primeira etapa como norteadora, devendo o assunto ser definido de forma clara e específica, (Ramalho, 2005; Mendes *et. al.*, 2008; Botelho *et. al.*, 2011).

O alicerce para a definição do tema assenta no raciocínio teórico e deve incluir as definições já apreendidas pelo pesquisador, baseados em teorias e modelos de enfermagem que orientam a prática, o ensino e a investigação, (Ramalho, 2005). Assim,

O revisor deve também delinear a relação existente entre as variáveis em estudo. A aplicação de um enquadramento teórico na condução desta fase inicial do processo de revisão vai promover a habilidade do revisor para adaptar os resultados do processo no desenvolvimento do corpo de conhecimentos em Enfermagem, (Russel, 2005:10).³³

³³ The reviewer should also delineate the relationships between the variables under study. Using a theoretical framework to guide this early phase of the review process will enhance the ability of the Reviewer to “fit” the results of the process into the body of developing nursing knowledge, (RUSSELL, C. (2005). An overview of the integrative research review. Progress In Transplantation, 15(1), 8-13. Disponível em http://www.nitiphong.com/paper_pdf/phd/An%20overview%20of%20the%20integrative%20research%20review.pdf acedido a 24.11.11, 23:00, p.10).

A identificação do tema da tese, conflui na formulação da pergunta norteadora da pesquisa, que delimita automaticamente a pesquisa, pois identifica os descritores ou as palavras - chave para orientar a pesquisa. Deve especificar o tipo de população (Participantes), o tipo de intervenção (e comparações) e os tipos de resultados de interesse, mediante a estratégia PICO, (Ramalho, 2005; Mendes *et. al.*, 2008).

ii) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragem

Esta etapa inicia-se com a busca nas bases de dados para identificação dos estudos que serão incluídos na pesquisa. Deve ser ampla e diversificada, (Whitemore e Knafl, 2005; Souza *et al.*, 2010; Botelho *et. al.*, 2011).

O ideal seria a inclusão de todos os artigos encontrados, ou a seleção aleatória dos mesmos. Não sendo possível, e de forma a garantir a validade da revisão, devem ser definidos e adotados critérios de inclusão e exclusão. O procedimento deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão, (Mendes *et. al.*, 2008).

iii) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos

Consiste na definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, sendo idêntica à etapa de colheita de dados de uma pesquisa convencional. Tem como objetivo organizar e sumarizar as informações de maneira concisa formando um banco de dados de fácil acesso, (Mendes *et. al.*, 2008; Souza *et. al.*, 2010).

A ficha de leitura é apresentada por Eco (2010), como forma expressiva de colheita de dados, que pode ser realizada sob um formato normalizado ou de uma forma adaptada. As informações colhidas dos artigos devem conter título, ano e natureza da publicação; objetivos, amostra, metodologia, teoria ou conceptualização inerente e as considerações finais dos trabalhos, (Botelho *et. al.*, 2011).

A revisão integrativa é considerada como investigação da investigação de forma a obter respostas para as respectivas questões norteadoras da pesquisa e, por isso, deve coincidir com os critérios de rigor metodológico dos estudos primários. Para garantir a sua validade metodológica, deve salvaguardar a avaliação da qualidade dos desenhos metodológicos das fontes primárias incluídas, (Whitemore e Knafl, 2005).

De acordo com Fortin (2003), distinguem-se duas grandes categorias de abordagens metodológicas: exploratórios-descritivos e explicativos-preditivos.

Os estudos exploratórios e de descrição visam a determinação de fatores e a sua descrição numa dada situação. Os estudos descritivos procuram descrever os fatores ou as variáveis e encontrar relações entre estes fatores ou variáveis. A decisão de utilizar um método qualitativo ou quantitativo, depende da questão de investigação, visando a exploração da experiência humana ou a exploração e a verificação de relações, respetivamente, (Fortin, 2003).

A investigação explicativa/preditiva pode derivar em pesquisa correlacional ou experimental. A pesquisa correlacional propõe-se a analisar as relações entre as variáveis que são escolhidas em função da sua covariação e no seu meio natural, explorando e descrevendo relações entre as variáveis (estudo descritivo-correlacional), verificando a natureza das relações entre as variáveis (estudo correlacional) ou verificando modelos teóricos. A pesquisa experimental caracteriza-se essencialmente pelo estabelecimento de relações entre os fenómenos, mediante a verificação da produção de um efeito esperado de uma variável independente numa situação controlada. São designadas três categorias de desenhos experimentais: os desenhos experimentais, os desenhos quase experimentais e os desenhos pré-experimentais. Os desenhos experimentais verdadeiros são mais rigorosos com o objetivo de examinar a causalidade, eliminando a influência de outros fatores que poderiam ter um efeito sobre o valor da variável dependente. Mantêm-se as três características essenciais dos estudos experimentais: a aleatorização (randomização), a manipulação da variável independente e o grupo de controlo. Os desenhos quase-experimentais pretendem examinar a causalidade nas situações onde não é possível um estudo experimental verdadeiro, pois a determinação aleatória dos grupos é impossível. Todavia os desenhos pré-experimentais distinguem-se pela presença de uma ou duas destas características dos estudos experimentais, (Fortin, 2003).

Com a finalidade de determinar a confiança relativamente à utilização dos resultados da pesquisa e de fortalecer as conclusões da revisão integrativa, nesta etapa deve ser avaliado o nível de evidência dos estudos. Melnyk e Fineout-Overholt (2005) apresentam uma proposta de classificação dos níveis de evidências alicerçada na metodologia utilizada. As evidências pertencentes aos níveis I e II são consideradas fortes, de III a V evidências moderadas e VI e VII evidências fracas, (**Quadro1**). Russel (2005) sugere a utilização de tabelas para organizar os dados sob um formato claro e conciso, para verificar, a consistência da informação proveniente das diferentes fontes, facilitando a visão geral do estado do conhecimento atual do tema investigado

iv) . *Análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa*

Equivalente à análise dos dados de uma pesquisa convencional, um dos instrumentos utilizados para extrair as informações dos artigos selecionados é a matriz de síntese ou de análise, que possibilita o resumo dos aspectos complexos do conhecimento (Klopper, Lubbe e Rugbeer, 2007). Pode conter informações verbais, conotações, resumos de texto, extratos de notas, memorandos, respostas padronizadas e, em geral, dispor de dados integrados em torno de um ponto ou temas de pesquisa. Deve conter as informações que permitam uma visão geral dos dados relacionados a um desempenho de certos pontos. De acordo com os autores referenciados, o processo de construção da matriz depende da criatividade pessoal do pesquisador, servindo de ferramenta de interpretação e construção da redação da revisão integrativa para os investigadores (Mendes *et. al.*, 2008; Souza *et. al.*, 2010). Nas revisões integrativas, a categorização pode basear-se no tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como na classificação conceptual pré-determinada, que facilite a descrição, (Souza *et. al.*, 2010; Botelho *et. al.*, 2011).

TIPO DE EVIDENCIA	NÍVEL DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO
Revisão Sistemática ou Metanálise	I	Evidência proveniente de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos a controlados;
Estudo randomizado controlado	II	Evidência obtida de pelo menos um ensaio clínico com aleatorização, controlado e bem delineado;
Estudo controlado sem randomização	III	Evidência proveniente de um estudo bem desenhado e controlado sem aleatorização;
Estudo caso-controle ou estudo de coorte	IV	Evidência proveniente de estudo com desenho de caso-controle ou coorte;
Revisão sistemática de estudos qualitativos ou descritivos	V	Evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos
Estudo qualitativo ou descritivo	VI	Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo;
Opinião ou consenso	VII	Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ou relatórios de comissões de especialistas/peritos.

Quadro 1: Classificação dos níveis de evidências (NE) (Melnik e Fineout-v)
Discussão dos resultados

Corresponde à fase de discussão dos principais resultados na pesquisa convencional. Os resultados da avaliação crítica dos estudos incluídos no ensaio medeiam a comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. A proteção da validade da revisão integrativa depende das conclusões e inferências realizadas pelo investigador, bem como a explicitação de vieses identificados na pesquisa realizada e lacunas de conhecimento, (Ursi, 2005; Souza *et. al.*, 2010; Botelho *et. al.*, 2011).

vi) *Apresentação da revisão integrativa ou síntese do conhecimento*

Esta última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador, de forma criteriosa, indicando as possíveis limitações e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos sobre a temática pesquisada, (Ursi, 2005; Botelho *et. al.*, 2011).

4.3. Procedimento para a pesquisa e seleção dos estudos

Esta pesquisa surge do interesse e continuidade da formação pessoal na área do conhecimento da pessoa submetida a TPH. Somam-se vivências que espelham lacunas respeitantes aos aspetos qualitativos da prática clínica de enfermagem no âmbito do Conhecimento da pessoa submetida a TPH sobre os cuidados no período após a alta, bem como o apelo a uma atualização científica, necessidade desencadeada pela concretização do projeto baseado em problema - Criação de um Instrumento de Orientação e Verificação do Processo Educativo. Os capítulos anteriores espelham as justificações fundamentadas na teoria e na prática da prestação de cuidados relativamente a identificação da temática problemática.

Justifica-se, desta forma, a adaptação dos conceitos inerentes à teoria de médio alcance expressa no Modelo de Qualidade – Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003) para enquadrar a integração interpretativa dos resultados da revisão sistemática, com as respetivas influências de Donabedian (1981) e Watson (1985).

4.3.1. Objetivo do estudo

Frente ao exposto, a presente tese pretende oferecer subsídios para a prática de enfermagem baseada na evidência, tendo como objetivo geral: Pesquisar, avaliar e categorizar as evidências disponíveis na literatura relativas a fatores qualitativos implicados na intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta hospitalar da Pessoa submetida a TPH.

4.3.2. Pergunta norteadora do estudo

Aplicando a estratégia PICO, define-se a pergunta norteadora:

Quais são as evidências científicas, disponíveis e publicadas, relativas aos fatores implicados na intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH?

4.3.3. Objetivos específicos do estudo

Por conseguinte, são constituídos os objetivos específicos do trabalho:

- (i) Apresentar a evidência científica resultante da aplicação da metodologia de pesquisa sistemática integrativa, relativa aos fatores implicados na intervenção educacional realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH;
- (ii) Apresentar a síntese de evidência disponível na literatura relativa à intervenção educacional realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, categorizado na tríade estrutura-processo-resultados do Modelo da Qualidade-Cuidado© (2003);
- (iii) Identificar os resultados da revisão integrativa da literatura numa perspetiva do modelo da Qualidade-Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003) para orientar a prática clínica na intervenção educacional realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH;

4.3.4. A Pesquisa e seleção dos estudos

Realizou-se a localização e seleção dos estudos mediante a pesquisa em bases de dados entre Dezembro de 2011 e Março de 2012.

Reviu-se a literatura científica publicada nas seguintes bases de dados online, de referência e de texto integral:

- Biblioteca do Conhecimento Online B.One; que disponibiliza o acesso ilimitado e permanente às instituições de investigação e do ensino superior aos textos integrais de milhares periódicos científicos e e-books online de alguns dos mais importantes fornecedores de conteúdos, através de assinaturas negociadas a nível nacional;
- EBSCO, que permite o acesso a bases de dados de produção e investigação científica das áreas das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem, (EBSCO, 2012): Educational Resource Information Center (ERIC); CINAHL® Plus with Full Text; Nursing & Allied Health Collection™; British Nursing Index; Cochrane Collection; MedicLatina™; MEDLINE® with Full Text; O Academic Search Complete; O Health Technology Assessments (HTA); O Database of Abstracts of Reviews of Effects (especificado em **Apêndice H**); Considerámos, igualmente, as referências bibliográficas mencionadas nos artigos analisados e utilizando, complementarmente, o motor de pesquisa online Google Scholar. Consultámos, também, in loco as bases de dados de publicações científicas da

especialidade relacionada com a questão de partida: Bone Marrow Transplantation e Patient Education and Counseling- Elsevier.

Para realizar a pesquisa booleana dos estudos utilizamos os seguintes termos ou palavras-chaves, decorrentes da pergunta norteadora, como descritores da pesquisa de artigos: Doente/ cliente (Patient); Enfermeiro/Enfermagem (nurse/ nursing); Transplante de Progenitores Hematopoiéticos/Transplante de Medula Óssea (Haematopoietic Steem Cell Transplant /Bone Marrow Transplant); Informação (information delivery); Intervenção educativa (educational intervention/ patient education); autocuidado/capacitação (self-care); Planeamento da alta (discharge planning); Alta clínica (discharge).

De acordo com os parâmetros do esquema de referencia "PICOD", (população, intervenção, comparação da intervenção (se aplicável), resultados e desenho do estudo), que fundamentaram a construção da pergunta norteadora, constituíram-se alicerce para a construção do protocolo de revisão integrativa apresentado no **Quadro 2**, (Ramalho, 2005).

P	População (Participantes/ Estrutura)	Quem foi estudado?	(i) Enfermeiro (ii) Pessoa idade adulta, submetida a TPH (iii) Contexto de TPH	Palavras-chave: Doente/ cliente (Patient); Enfermeiro/Enfermagem (nurse); Transplante de Progenitores Hematopoiéticos/Transplante de Medula Óssea (Haematopoietic Steem Cell Transplant /Bone Marrow Transplant); Informação (information delivery); Intervenção educativa (educational intervention); autocuidado/capacitação (self-care); Planeamento da alta (discharge planning); Alta clínica (discharge).
I	Intervenção (Relação de cuidado/ Processo)	O que foi feito?	(i) Intervenção educativa (ii) Planeamento alta; (iii) Programa educativo; (iv) Relações no processo educativo	
C	Comparações das intervenções	Comparações entre resultados		
O	Resultados (intermédios e finais)	Quais foram os resultados ou efeitos?	(i) Sentimentos (ii) Capacitação; (iii) Grau de adesão; (iv) Qualidade de vida; (v) Segurança; (vi) Readmissão hospitalar (vii) Satisfação com o cuidado	
D	Desenho do Estudo	Como é?	Estudos do tipo qualitativo, quantitativo ou mistos, publicados integralmente em	

Quadro 2: Protocolo de revisão integrativa

Em complemento, definimos o conjunto de critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos artigos.

Critérios de inclusão:

- i) Participantes no estudo pertencem à população adulta: ser humano com mais de 18 anos de idade, (Despacho n.º 9871/2010, do Gabinete da Ministra da Saúde de 11 de Junho de 2010, do Diário da República);
- ii) Contexto em estudo é Transplante Progenitores Hematopoiéticos/Transplante de Medula óssea ;
- iii) Contexto de cuidado implicado: intervenção educativa e/ou planeamento da alta;
- iv) Estudos com diferentes metodologias: pequena disponibilidade de evidência científica relativa à prestação de cuidados à pessoa submetida a Transplante, (White-Williams, 2011); a revisão integrativa admite inclusão de estudos com diferentes metodologias, (Whitemore e Knafl, 2005; Mendes *et. al.*, 2008; Souza, *et. al.*, 2010);
- v) Estudos publicados no período compreendido entre Janeiro de 2000 e Dezembro de 2011: iniciou-se em 2000 a introdução do processo científico e prática baseada em evidências nos programas de formação em Enfermagem na Europa, (White-Williams, 2011); introdução da regulamentação dos estudos clínicos na área do TPH no ano de 2000, (Doran, 2008; Yungman e Gratwohl, 2008); a certificação da qualidade pela JACIE na Europa teve início no ano de 2000, (Samson, 2008);
- vi) Estudos publicados em língua portuguesa e inglesa;
- vii) Publicação do estudo em formato de artigo: formato que facilita a concretização da análise dos resultados porque apresenta sucintamente a contribuição do estudo para o conhecimento relacionado com a pergunta norteadora, focando elementos necessários para garantir a validade, fidelidade e representatividade do estudo. *A maior parte dos artigos científicos, concentram-se sobretudo nos métodos, nos resultados e na discussão, após uma breve apresentação do problema de investigação*, (Fortin, 2003:344);
- viii) Estudos com texto integral disponível.

Critérios de exclusão:

- i) Trabalhos que estudam exclusivamente a perspetiva de interação do médico com o doente, a menos que a respectiva interação com a enfermeira estivesse explícita.
- ii) Publicações em formato de: monografia, dissertação, tese, livro, capítulo e resenha de livro, manual, relatório técnico e científico, artigo incompleto ou não disponível online.
- iii) Participantes em idade pediátrica.

Considerando os critérios definidos no protocolo de revisão integrativa, concretizou-se o primeiro teste de evidência para a inclusão das referências disponibilizadas na pesquisa online, mediante a respectiva leitura e análise dos resumos, tendo-se verificado: 23 artigos com texto integral dos 116 resultados constantes na base de dados EBSCO; a versão integral dos quatro artigos disponíveis na base de dados online do Bone Marrow Transplantation; e o artigo integral disponível online, resultante da pesquisa na base de dados Elsevier – Patient Education and Counseling. Foram assim selecionados 28 artigos, disponíveis integralmente.

Em virtude das peculiaridades do estudo, e critérios definidos para a sua efetivação, realizou-se uma segunda avaliação da evidência destes estudos. Procedeu-se, à leitura exaustiva do texto integral dos artigos, avaliando a definição do problema do estudo, a relação dos respectivos objetivos com a questão alvo de revisão, a descrição da metodologia utilizada, os dados apresentados pelo investigador e a sua contribuição para a prática de enfermagem na perspectiva do estudo do fenómeno. Foi ainda realizada pesquisa de referências de interesse constantes nos artigos analisados, e foi utilizado o motor de busca online Google Scholar. Resultaram dois artigos, que foram submetidos a ambos os testes de evidência.

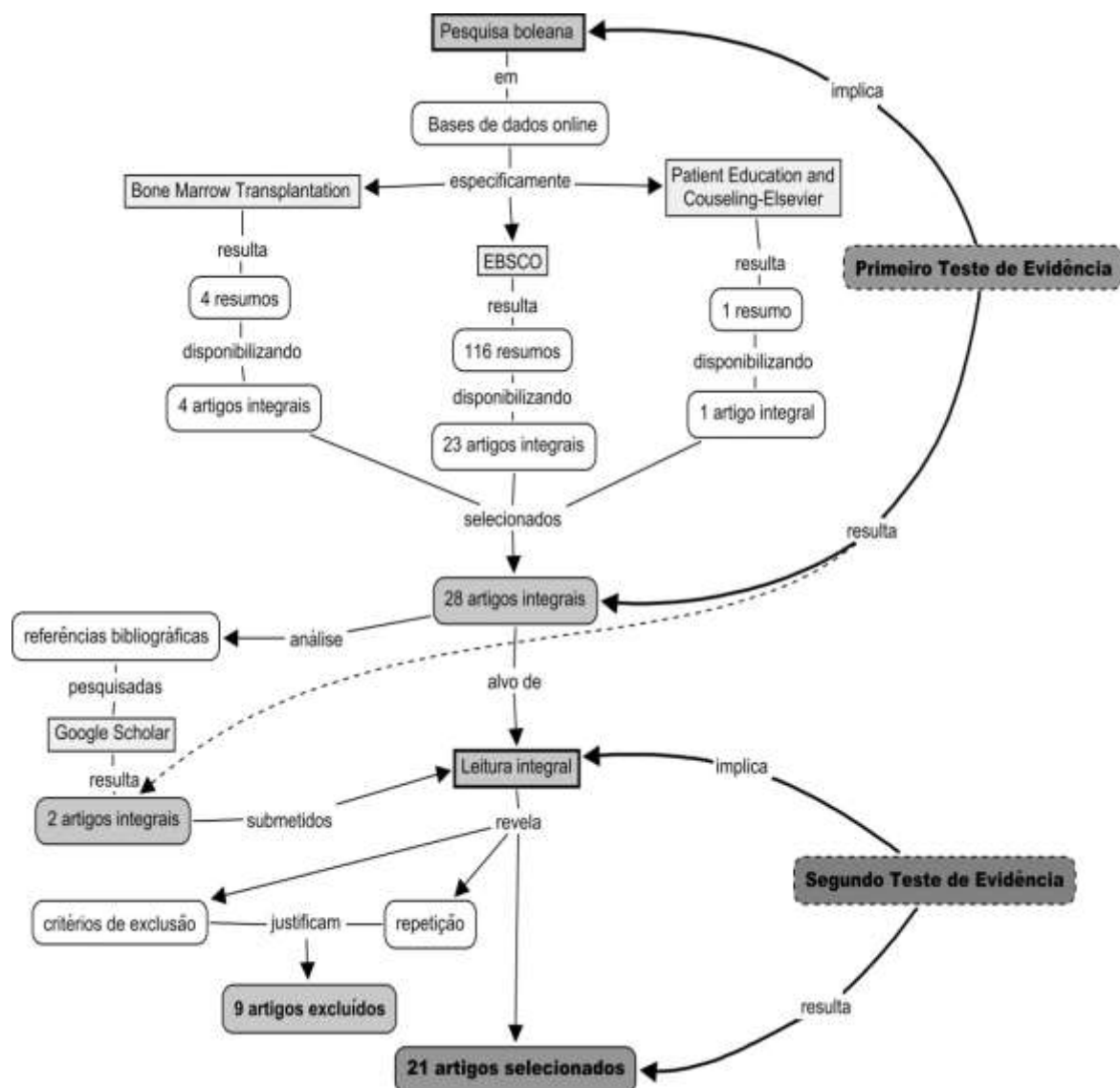
Como resultado dos processos de seleção, constatou-se a necessidade de serem **excluídos 9 estudos** de uma seleção inicial de 30 artigos, cujos participantes ou estrutura não consideraram os critérios de inclusão. A **Figura 3** representa esquematicamente a trajetória realizada para pesquisa, análise e seleção da amostra final de **21 artigos incluídos na presente investigação**.

4.3.5. Análise dos estudos incluídos na revisão integrativa

Para a análise dos estudos selecionados foram construídas duas matrizes de análise (Klopper, Lubbe e Rugbeer, 2007).

O **Quadro 3**, Matriz A, apresenta os artigos selecionados ordenados por ordem cronológica, do mais recente para o mais antigo, e identifica: o número atribuído ao artigo analisado (apresentada em abreviatura: E “número do estudo”), a identificação do artigo original, o ano de publicação, os autores, o periódico científico, o idioma da publicação e país sede da investigação, a fonte de disponibilização do artigo, o desenho metodológico e o objetivo. Pretendendo expressar a força de evidência dos resultados de cada estudo selecionado, de acordo com os dados resumidos que um artigo pode oferecer sobre o detalhe do procedimento científico, estes foram alvo de classificação da respectiva evidência, em classificação de níveis de evidências (Melnik e Fineout-Overholt, 2005), constando esta referência, abreviada em NE “classificação estudo”.

Figura 3: Mapa do trajeto de teste de evidência na seleção da amostra de estudos incluídos na revisão



Após a caracterização supracitada de cada estudo, foi realizado um resumo descritivo dos principais resultados, apresentado em **Apêndice I**. Procedeu-se, posteriormente, à concretização da análise de conteúdo destes, com base nos componentes major do Modelo de Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hosksins (2003), alicerce do referencial teórico da revisão integrativa. Para análise descritiva dos dados, predominantemente proveniente de estudos descritivos exploratórios, esta investigação utilizou a técnica de análise de conteúdo, definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter (...) indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens, (Bardin, 2009:15). Procedeu-se à técnica de análise de conteúdo de acordo com Bardin (2009), na sequência de três etapas: 1) a pré-análise, onde é realizada a organização e leitura flutuante dos estudos; 2) a

exploração do material, com codificação das unidades de registo; e 3) o tratamento dos resultados, interpretação e categorização dos conteúdos dos estudos. Foram assim consideradas as categorias de estrutura (participantes), processo (relações de cuidados) e resultados (sentir-se cuidado e saúde), (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009). A análise de conteúdo de cada estudo, identificado mediante código e respetivo NE, é apresentada no **Apêndice J**, e é exibida em forma de síntese na Matriz B, facilitando a localização na amostra de estudos dos resultados relacionados com os conceitos major do Modelo de Qualidade-Cuidado© de Duffy e Hoskins (2003).

4.3.6. Apresentação da revisão integrativa

A revisão dos estudos foi realizada na forma descritiva, sendo possível uma visão geral das especificidades dos artigos incluídos na revisão integrativa. Procurando identificar os fatores qualitativos implicados na intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta hospitalar da Pessoa submetida a TPH, são apresentados os resultados categorizados mediante os conceitos major do Modelo Qualidade-Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003). Assim, são fornecidos subsídios com validade científica para a tomada de decisão do enfermeiro no processo de cuidados estudado e expansão do projeto, no âmbito deste processo que se apresenta problemático. Por último, são identificadas as lacunas de conhecimento para o desenvolvimento de novas pesquisas sobre esta temática e implicações para a prática em Enfermagem.

4.3.7. Aspetos Éticos

Procuramos manter a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores das publicações pesquisadas. De forma a assegurar o rigor da análise e fidelidade dos métodos, foi confirmada a análise da amostra selecionada e análise de conteúdo realizada em dois momentos diferentes (Fevereiro e Maio de 2012), estratégia que se aproxima da dupla verificação, (Fortin, 2003).

Foi considerada a representatividade da amostra de acordo com o conceito de “saturação” dos dados no enquadramento teórico desenvolvido, (Fortin, 2003).

A avaliação de evidência foi concretizada de acordo com a explicitação de detalhes relativos ao desenho metodológico dos estudos, que nos artigos, pelo seu carácter representativo do conhecimento, constantemente sucederam sucintamente, conduzindo a vieses de interpretação.

Também foram realizadas as devidas citações e referências, de acordo com as normas APA (*American Psychological Association*).

PARTE II: MAPA DAS EVIDÊNCIAS DO FENÓMENO

A expressão, segundo momento da metodologia de investigação é o esforço de síntese dialética da ideia com os meios da representação, (Costa in Eco, 2010, p. 17). Na visão de Fortin (2003), a citada expressão é englobada na fase empírica da investigação, e numa perspectiva de execução do plano de investigação, elaborado na fase precedente de mapeamento da investigação. Esta fase inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados.

Considerando as regras enunciadas, o presente capítulo constitui-se sob o paradigma da integração e ordena as ideias decorrentes do levantamento dos dados com evidência científica, mediante método qualitativo e descritivo, para o fenómeno: *A Intervenção Educativa de Enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH*. Segue-se a organização e tratamento dos mesmos, aplicando a moldura proporcionada pelo modelo de Qualidade-Cuidado© desenvolvido por Duffy e Hoskins (2003), com raiz na estrutura desenvolvida por Donabedian relativa à tríade estrutura-processo-resultado, recorrendo ao referencial teórico como fundamento da categorização. A interpretação e comunicação científica relativa à constelação de ideias no âmbito do fenómeno sucede-se, e recorre à análise causal das relações associativas, opositivas ou silogísticas, de que os dados foram objeto, visando informação no âmbito dos objetivos constituídos. O mapa das evidências do fenómeno investigado localiza o referencial científico atual para a formulação do mapa de recomendações, intitulado – O Mapa do Cuidado para Regressar a Casa, promovendo a prática de enfermagem baseada na evidência respeitante à intervenção Educativa de Enfermagem no Planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.

1. Apresentação e discussão dos resultados incluídos na revisão integrativa

Para a elaboração da presente revisão integrativa, tal como sugerido por Fortin (2003), a análise dos dados permitiu guiar a amostragem que é de natureza “intencional”, sucedendo-se a criteriosa seleção de 21 artigos com texto integral disponibilizados através das bases de dados pesquisadas. Após a leitura e compreensão do texto de cada artigo, realizamos o resumo e preenchimento da Matriz A onde constam os dados que permitem identificar e caracterizar o artigo em questão, atribuindo-lhe um número para facilitar a sua enunciação ao longo do estudo. É realizada a apresentação dos estudos de forma cronológica, apresentando desde a publicação mais recente para a mais antiga relativamente ao ano. A Matriz A é apresentada no **Quadro 2**.

Visando ter uma visão das características gerais da amostra de artigos escolhidos e integrados no estudo, representa-se em gráfico os dados relativos a ano de publicação, idioma, país de publicação e classificação realizada relativamente ao nível de evidência, de acordo com as características metodológicas enunciadas nos artigos.

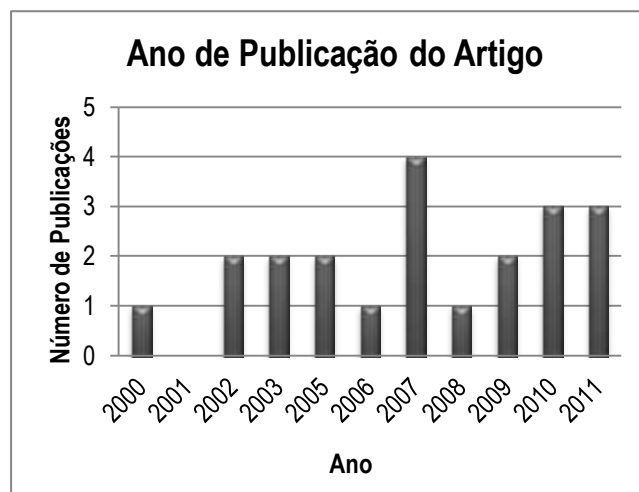


Gráfico 1: Distribuição por ano de publicação

A amostra selecionada sugere que a problemática associada à intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da Pessoa em contexto do TPH, tem sido alvo de estudo ao longo da última década. Verificamos um incremento da pesquisa de evidência científica relativa à

prática assinalada a partir de 2007, ano onde atinge na amostra elegida a maior frequência de publicações relacionadas (n=4), como expressa o **Gráfico 1**.

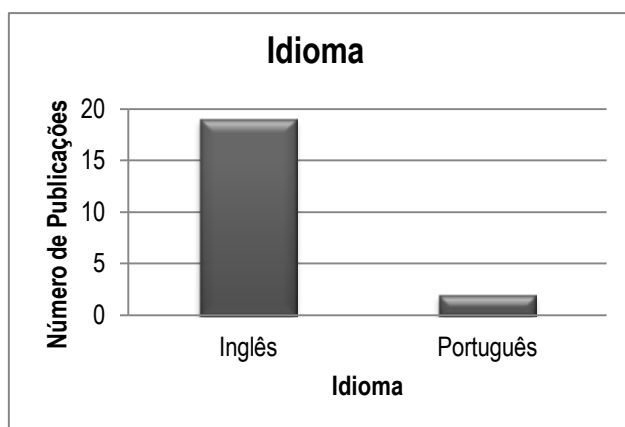


Gráfico 2: Distribuição pelo idioma de publicação

É notório que o idioma que prevalece na presente amostra é o inglês (n=18), ainda que não seja a idioma materno do país onde o estudo foi publicado, sendo mais expressiva a exploração da problemática em contexto de TPH nos Estados Unidos da América (n=11), em relação a países da Europa, com mais significado para o contexto da realidade do TPH em Portugal, (**Gráfico 2** e **Gráfico 3**).

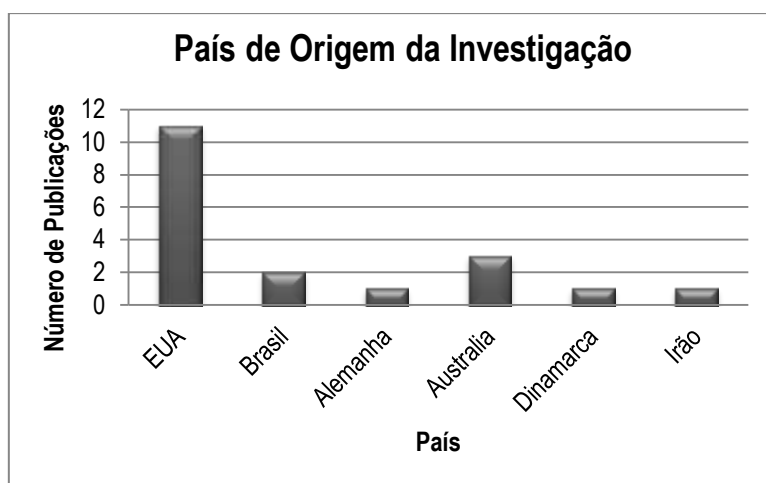


Gráfico 3: Distribuição pelo país de origem da investigação

A classificação do nível de evidência dos estudos relaciona-se com a proveniência da evidência científica no que respeita ao desenho metodológico aplicado, estando a sua distribuição evidente no **Gráfico 4**, (Melnik e Fineout-Overholt, 2005). Os dados presentes nos artigos relativamente ao desenho metodológico são genericamente apresentados de forma muito sucinta em todos os artigos selecionados. Isto relaciona-se com o objetivo da estrutura do artigo científico pretender representar

sucintamente o conhecimento. Desta forma a classificação da evidência esteve limitada aos aspetos disponibilizados relativamente aos procedimentos metodológicos implicados, relativizando o rigor da sua classificação.

Salientam-se os resultados referentes ao estudo do fenómeno complexo no âmbito da disciplina de Enfermagem com predominância descritiva e exploratória, e abordagem qualitativas e, por isso, classificados em NE VI (N=10), constituindo uma amostra prevalentemente com evidência considerada fraca. São revelados quatro resultados relativos a revisões sistemáticas da teoria e identificados e seleccionados cinco estudos de características pré-experimentais, de NE IV, caracterizados com aportes de evidência moderada. Um dos estudos seleccionados com potencial resposta à pergunta norteadora cumpriu o método de pesquisa experimental, classificado em NE II, evidência considerada forte. Foi também escolhido um artigo que apresenta a descrição de programa, classificado em NE VII e, por isso, cuja evidência é fraca.

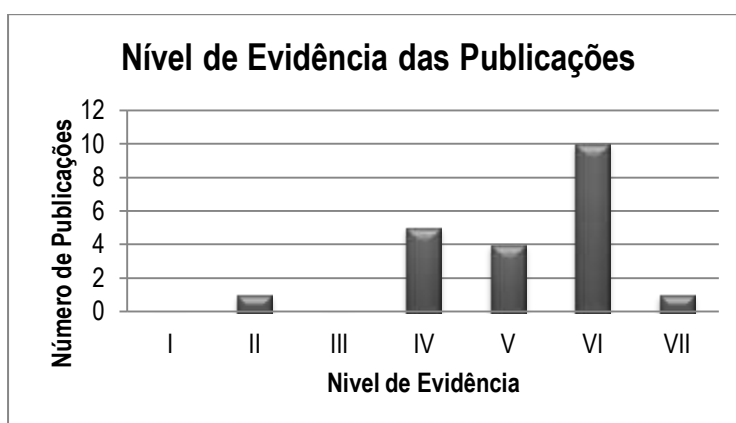


Gráfico 4: Distribuição por classificação de níveis de evidência das publicações.

Dos estudos analisados, alguns declaram a influência de pressupostos para o respetivo desenvolvimento; são modelos teóricos, aspetos culturais ou quadros que emergem do confronto entre as características e funcionamento dos contextos alvo de estudo ou com o recomendado por documentos emanados por organizações internacionais ou nacionais, políticas vigentes de cuidados de saúde no país de origem do estudo, e que pela sua referência e impacto nos resultados é necessário identificar. Os que assumem especial referência pela sua contribuição sob uma perspetiva diferente quando considerado o referencial teórico, são os estudos primários: E6 e E14, revelando a influência dos aspetos culturais no Irão e Coreia, respetivamente; E18 que apresenta os resultados associados ao modelo de política de prestação de cuidados; E20 que apresenta instrumento de intervenção educativa construído com base nos padrões definidos pela Sociedade Oncológica de Enfermagem (SOE) e Associação Americana de Enfermeiros (AAE).

Código estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objetivo
E1	Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: a survey from the Nurses Group of the European Group for blood and marrow transplantation	2011	Kirsch, M.; Crombez, P.; Calza, C.; Eeltink, C.; Johansson, E.	Bone Marrow Transplantation	Inglês	Suíça	Bone Marrow Transplantation	Descritivo Exploratório (NE: VI) . Enfermeira e médico (N=239 e 47) a exercer em contexto de TPH . Questionário	Identificar as percepções dos profissionais de saúde relativamente ao tipo e quantidade de informação disponibilizada no primeiro ano após a pessoa ser submetida a TPH.
E2	Core competencies for bone marrow transplantation nurse practices.	2011	Knopf, K.	Clinical Journal of Oncology Nursing	Inglês	USA	Academic Search Complete	Revisão da Literatura (NE: V) . Conceito chave: “competencies BMT nurse”.	Apresentar a revisão da literatura e normas que regulam a profissão para desenvolver a fundamentação das competências clínicas e profissionais do enfermeiro em TPH.
E3	The long haul: Caring for bone marrow transplant patients in regional Australia	2011	Bray, L.; Jordens, C.; Rowlings, P.; Bradstock, K.; Kerridge, I.	Australian Journal Of Advanced Nursing	Inglês	Australia	Academic Search Complete	Descritivo Exploratório (NE: VI) . Sobrevivente alo TPH (N=37); . Questionário	Avaliar a percepção, e serviços prestados a pessoas de áreas regionais da Australia referenciadas para um hospital central, para alo-TPH e comparar a qualidade de vida com populações similares.

Quadro 3: Matriz A- Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E4	An individualized dyadic problem-solving education intervention for patients and family caregivers during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a feasibility study.	2010	Bevans M; Castro K; Prince Shelburne Prachenko Loscalzo M; Soeken K; Zabora	Cancer Nursing	Inglês EUA	Google Scholar	Pré - Experimental sem randomização (NE: IV) . Diade em TPH (N=8); . 4 sessões formativas, questionário e entrevista.	Avaliar a viabilidade de conduzir intervenções educativas individualizadas de resolução de problemas para as diades em processo de TPH e estimar o efeito preliminar no grau de capacidade de resolução de problemas e stress.
E5	Patient and family education in HSCT: improving awareness of respiratory virus infection and influenza vaccination. A descriptive study and brief intervention	2010	Ferguson E; Jordens F; Gilroy M.	Bone Marrow Transplantation	Inglês Austrália	Bone Marrow Transplantation	Pré - Experimental sem randomização (NE: IV) . Doente/família/amigo (N=139) . Questionário antes e após intervenção . Entrevista	Avaliar o conhecimento do doente, família e amigos acerca do risco de infecções respiratórias após TPH e medidas de prevenção; Avaliar intervenção educacional desenhada para sensibilização das medidas preventivas e vacinação.
E6	Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study.	2010	Farsi, Z.; Dehghan Nayeri, N.; Negarandeh, R.	Nursing & Health Sciences	Inglês Irão	Academic Search Complete	Qualitativo exploratório (NE: VI) . Pessoa sob TPH (N=10) . Entrevistas semi-estruturadas	Explorar as estratégias de adaptação da Pessoa com Leucemia Aguda em processo de TPH.

Quadro 3: Matriz A (Continuação) - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E7	Hematopoietic stem cell transplantation nursing: a practice variation study.	2009	Bevans, M; Tierney, D; Bruch, C; Burgunder; Castro; Ford; Mille; Rome; Schmit- Pokorny.	Oncology Nursing Forum	Inglês EUA	CINAHL Plus with Full Text	Descritivo Exploratório (NE: VI) . Enfermeiro em contexto de TPH (N=205); . Questionários electrónicos	Examinar a variação das práticas de enfermagem em TPH e identificar as lacunas entre os padrões de pratica recomendados e as práticas actuais nos diferentes contextos.
E8	Health-related quality of life following haematopoietic cell transplantation: patient education, evaluation and intervention.	2009	Pidala, J.; Anasetti, C.; Jim, H.	British Journal Of Haematology,	Inglês EUA	MEDLINE with Full Text	Revisão Sistemática (NE:V) . Conceito chave: Qualidade de Vida relacionada com saúde (QVS) no TPH	Apresentar evidencias relativas a QVS, após alô ou auto-TPH em adultos com doenças hematológicas malignas e avaliar intervenções para manter ou melhorar a QVS após TPH.
E9	Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention	2008	Cooke, L.; Gemmill, R.; Grant, M.	Clinical Nurse Specialist	Inglês EUA	MEDLINE with Full Text	Estudo de caso, Qualitativo (NE: VI) . Pessoa submetida a TPH e família (N=1); enfermeira (N=1) . Relatório de caso	Descrever intervenções baseadas na evidência implementadas por enfermeiras especializadas para condução de pesquisa – acção relativa a planeamento da alta, numa população específica – pessoa submetida a TPH.

Quadro 3: Matriz A (Continuação) - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.

- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E10	Demandas de atenção de um paciente na unidade de transplante de medula óssea	2007	Pontes, L.; Guirardello, E.; Campos, C..	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Português Brasil	MEDLINE with Full Text	Estudo de caso, Qualitativo (NE: VI) .Pessoa sujeita a TMO (N=1) . Entrevista Semi-estruturada e observação assistemática	Identificar as necessidades de atenção vivenciadas pela pessoa em regime de internamento numa Unidade de Transplante de Medula.
E11	A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa	2007	Fermino, T.; Carvalho, E..	Cogitare Enfermagem	Português Brasil	Google Scholar	Descritivo + Quase Experimental (NE: VI) . Enfermeiro e doente (N=11e 20) . Observação pré e pós intervenção	Verificar a utilização da comunicação terapêutica pela equipa de enfermagem e verificar o efeito da estratégia educativa no conhecimento sobre a comunicação terapêutica em contexto de TPH.
E12	Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation.	2007	Jarden, M.; Hovgaard, D.; Boesen, E.; Quist, M.; Adamsen, L.	Bone Marrow Transplantation	Ínglês Dinamarca	Bone Marrow Transplantation	Experimental randomizado (NE: II) . Doente (N=14); . Testes; . Documentação	Avaliar a viabilidade, segurança e benefícios de 4 a 6 semanas do programa de supervisão e planeamento de exercício misto, relaxamento progressivo e psicoeducação para a pessoa em processo de Alo-TPH.

Quadro 3 : Matriz A (Continuação) - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E13	Whatever It Takes: Informal Caregiving Dynamics in Blood and Marrow Transplantation.	2007	Williams, L.	Oncology Nursing Forum	Ínglês EUA	Academic Search Complete	Qualitativo exploratório, (NE: VI) . Cuidador informal em TPH (N=40) . Historias de cuidados	Descrever a dinâmica do compromisso, expectativas e negociação na perspectiva dos cuidadores informais da pessoa em processo de TPH.
E14	An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea	2006	Yoon, S.; Conway, J.; McMillan, M	International Journal Of Nursing Practice	Ínglês Australia	Academic Search Complete	Revisão Sistemática (NE: VI) Conceito chave: Educação do cliente	Apresentar as evidencias relativas ao conceito "Educação do cliente", integrando-as com os princípios relativos aos cuidados paliativos, propondo um enquadramento para educar a pessoa com recaída após TPH na Coreia.
E15	Discharge and unscheduled readmissions of adult patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: implications for developing nursing interventions	2005	Grant, M.; Cooke, L.; Bhatia, S.; Forman, S.	Oncology Nursing Forum	Ínglês EUA	CINAHL Plus with Full Text	Estudo de coorte (NE: IV) . Pessoa adulta submetida a TPH (N=100) Pesquisa documental	Descrever os padrões de alta e readmissões não programadas da pessoa adulta submetida a TPH; Identificar as implicações dos resultados e literatura para a prática de enfermagem na melhoria dos resultados durante e após a alta.

Quadro 3: Matriz A (Continuação) - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.

- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E16	Stress among allogeneic bone marrow transplantation patients	2005	Heinonen, H.; Vonin, L.; Zevon, M.; Uutela, A.; Barrick, C.; Ruutu, T.	Patient Education and Counseling	Ínglês Finlândia	Patient Education and Counseling- Elsevier	Descritivo Exploratorio (NE: VI) . Pessoa submetida a Alo-TPH (N=109) . Questionário	Identificar factores de stress vivenciados pela pessoa com diagnostico de doença hematológica e submetida a Alo-TPH.
E17	The long-term psychosocial effects of hematopoietic stem cell transplantation	2003	Gruber, U; Fegg, M.; Buchmann, M; Kolb, H.; Hiddemann, W.	European Journal Of Cancer Care	Ínglês Alemanha	Academic Search Complete	Descritivo Exploratório, (NE: VI) . Pessoa submetida a TPH (N=163). Questionário.	Identificar os efeitos psicossociais a longo termo do TPH do tipo alogénico, singénico e autólogo relativamente a: condição física, papel e função sexual, relacionamento íntimo, reabilitação profissional e social.
E18	The Cooperative Care Model: An Innovative Approach to Deliver Blood and Marrow Stem Cell Transplant Care	2003	Schmit-Pokorny, K.; Franco, T.; Frappier, B.; Vyhlidal, R..	Clinical Journal Of Oncology Nursing	Ínglês EUA	Academic Search Complete	Relatório de programa (NE: VII)	Descrever a implementação do Modelo de cuidado cooperativo no Centro de Transplante de Lied, visando a transição do processo de TPH para o contexto de ambulatório.

Quadro 3: Matriz A (Continuação) - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E19	Mismanaging the gift of life: noncompliance in the context of adult stem cell transplantation	2002	Bishop, M.; Rodrigue, J.; Wingard, J.	Bone Marrow Transplantation	Ínglês EUA	Bone Marrow Transplantation	Revisão sistemática (NE: V) Conceito Chave: Cumprimento /adesão terapeutica	Apresentar a revisão da literatura disponível respeitante ao incumprimento do regime terapêutico no TPH na população adulta.
E20	Interdisciplinary Modular Teaching for Patients Undergoing Progenitor Cell Transplantation	2002	Kemp, J.; Dickerson, J.	Clinical Journal Of Oncology Nursing	Ínglês EUA	Academic Search Complete	Pré Experimental sem randomização (NE: IV) Cliente antes e após (N=24 e 14) Questionário pré e após.	Identificar o impacto da implementação do programa tri-modular de ensino e instrumento de documentação das necessidades informativas da pessoa submetida a TPH, desenvolvido pela equipa interdisciplinar.
E21	Caregiver Responses and Needs	2000	Grimm, P; Zawacki, K; Mock, V; Krumm, S; Frink, B.	Cancer Practice	Ínglês EUA	Academic Search Complete	Estudo de Coorte (NE: IV) . Prestador (N=43) internamento e ambulatorio (N=26 e 17) . Questionario em 6 momentos processo TPH	Comparar as respostas emocionais e necessidades dos prestadores informais da pessoa com doença oncohematologica submetida a TPH: internamento vs ambulatorio.

Quadro 3: Matriz A (Continuação) - Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, idioma, fonte de acesso, o desenho metodológico e objetivo.

1.1. Categorias identificadas nos estudos selecionados

Todos os estudos possuem objetivos demonstrados de forma clara e direta, o que facilita o entendimento quanto às intenções dos pesquisadores. *O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população alvo e a orientação da investigação*, (Fortin, 2003:100). É possível sublinhar os fatores implicados no processo de cuidados em estudo, nomeadamente, a nível estrutural, processual e de resultados. Existe assim correspondência com as categorias major em que se funda o Modelo de Qualidade Cuidado © (Duffy e Hoskins, 2003), com a justificada sensibilidade na área disciplinar em que decorre o estudo. Desta forma, a caracterização qualificativa do fenómeno é facilitada mediante a sistematização dos pressupostos evidenciados pelos autores dos estudos selecionados pelas temáticas major do modelo enunciado, nomeadamente: (i) estrutura ou participantes (prestadores de cuidados, pessoa/família, sistema de cuidados de saúde); (ii) processo ou relacionamento de cuidados (relacionamentos independentes e relacionamentos colaborativos); (iii) resultados (sentir-se cuidado, prestadores de cuidados, pessoa/família, sistema de cuidados de saúde). A atividade de definição de unidades de contexto e respectiva categorização nestes componentes, socorre-se dos aportes teóricos definidos e apresentados na Parte I para definirem o fenómeno em Estudo. A análise de conteúdo e subsequente categorização encontra-se exposta em **Apêndice J**, sendo que o **Quadro 4** apresenta a **Matriz B** com a síntese das categorias identificadas em cada estudo codificado e classificado em NE.

Os subcapítulos seguintes apresentam as evidências que se pronunciaram naturalmente nos resultados da análise dos estudos que constituem a amostra relativa à *temática A Intervenção Educativa de Enfermagem no Planeamento da Alta da Pessoa Submetida a Transplante de Progenitores Hematopoiéticos*. Os estudos foram analisados, relacionados e categorizados em função dos conceitos sensíveis para o estudo - estrutura ou participantes, processo ou relacionamento de cuidados e resultados. De forma a facilitar a associação dos contributos com o estudo constituinte da amostra, os mesmos estão referenciados mediante autor principal, data, código do estudo e classificação de nível de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt, (2005), sendo salientados os mais relevantes.

Código Estudo	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21
Nível de Evidência	VI	V	VI	IV	IV	VI	VI	V	VI	VI	VI	II	VI	V	IV	VI	VI	VII	V	IV	IV
Estrutura/ Participantes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pessoa/ Família			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Prestadores de Cuidados	X	X	X	X	X		X		X		X			X	X			X		X	
Sistema de Cuidados	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Processo/Relacionamentos de Cuidados	X		X	X	X		X	X	X		X	X		X	X		X	X	X	X	X
Relacionamentos independentes			X	X			X	X	X		X	X		X	X		X	X	X	X	X
Relacionamentos Colaborativos	X		X	X	X			X	X					X	X				X	X	
Resultados	X		X	X	X		X	X			X	X		X	X		X	X	X	X	X
Sentir-se Cuidado			X	X	X						X	X		X	X			X		X	X
Pessoa/Família			X	X	X			X				X		X	X		X	X	X	X	X
Prestadores de cuidados	X							X			X							X	X		
Sistema de cuidados			X	X			X	X							X			X	X	X	

Quadro 4: Síntese da identificação das categorias major do Modelo Qualidade- Cuidado © (Duffy e Hoskins, 2003) - Estrutura/participantes, processo/relacionamentos de cuidados e resultados – presentes nos artigos selecionados e classificados em nível de evidência para a revisão integrativa relativa à intervenção educativa de enfermagem no planejamento da alta da pessoa submetida a TPH.

1.1.1. Estrutura ou Participantes

Duffy (2009) explica que a qualidade da prestação de cuidados de saúde está subordinada à composição dos participantes, configurando estes como elemento de pesquisa no protocolo de revisão integrativa definido. Os resultados no âmbito do fenómeno - A intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH – revelam o envolvimento de indivíduos e/ou sistema na totalidade dos estudos, que tem características únicas e/ou experiências de vida que cumprem o respetivo campo fenomenológico ou realidade subjetiva. São categorizados como Estrutura ou Participantes, referente a um dos conceitos major do Modelo Qualidade-Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003), concedendo as evidências científicas, decorrentes da pesquisa realizada, qualificação representativa dos doentes e família, prestadores de cuidados e sistema. De acordo com o Quadro 4, Matriz B, são maioritariamente alvo de estudo a Pessoa submetida a TPH, família e enfermeira; mediante estudos exploratórios e descritivos. São considerados resultados de estudos retrospectivos cujas condições anteriores são aferidas após o TPH. São classificadas como na estrutura ou participantes, porque de acordo com o referencial teórico construído, constituem fontes de informação identificativa do campo fenomenológico, doença ou tratamento e que é pertinente considerar na relação com os resultados futuros, (Von Bertalanffy, 1950;1972; Phaneuf, 2001; Thomas, 2004; Lopes, 2006; Meleis, 2011). São também focadas as actividades de médicos e outros profissionais da equipa multidisciplinar ou mesmo o sistema de cuidados de saúde implicados.

1.1.1.1. Pessoa e Família

A exploração da identidade da Pessoa adulta que se submete a TPH, é apresentada por Grant *et al.* (2005), na prossecução do estudo que se propõe a descrever os padrões de alta e readmissões não programadas da pessoa adulta com diagnóstico de doença hematológica submetida a TPH, e identificar as respectivas implicações combinadas com evidências da literatura para a prática de cuidados de enfermagem, visando a melhoria de resultados durante e após a alta clínica. Foi realizado um estudo coorte retrospectivo, com análise documental respeitante a variáveis da amostra de 100 doentes adultos, aplicando um instrumento de colheita de dados construído, tendo em consideração: variáveis demográficas (género, estado civil, idade e diagnóstico), variáveis clínicas (o nível de remissão no transplante, o tipo de transplante, a presença de comorbilidades ou condições similares, o número de infeções, o número de infeções relacionadas com o cateter venoso central, o número de episódios de bacteriemia e o apoio

sociopsicológico) e variáveis de readmissão nos primeiros seis meses após a alta (razão da admissão, dados relativos a alta ou morte, número de dias de cada admissão, período de tempo entre a alta e a próxima admissão), (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV])

As **características sociodemográficas**, da **doença** e do **tratamento** evidenciaram-se como as variáveis que permitem descrever a amostra dos participantes sujeitos a TPH, garantindo a representatividade da população alvo de estudo, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Bishop *et. al.*, 2002 [E19;NE:V]); Gruber *et. al.*, 2003 [E17; NE:VI]; Heinonen *et. al.*, 2005 [E16; NE:VI]; Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]; Williams, 2007 [E13; NE:VI]; Jarden *et. al.*, 2007 [E12; NE:II]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]; Farsi *et. al.*, 2010 [E6; NE:VI]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

Os estudos apresentam com maior frequência participantes do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 30 e 50 anos de idade. Predomina a formação académica com duração superior ou igual a 13 anos, prevalecendo o casamento ou união de facto enquanto estado civil, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Gruber *et. al.*, 2003 [E17; NE:VI]; Heinonen *et. al.*, 2005 [E16; NE:VI]; Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]; Williams, 2007 [E13; NE:VI]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

Ainda que apresentem amostras de dimensão díspar, os estudos corroboram na predominância de diagnósticos identificados: Linfoma de não-Hodgkin, Leucemia Mieloide Crónica, Mieloma Múltiplo e Leucemia Mieloide Aguda. É também revelada a maior frequência do transplante do tipo alogénico (mieloblato e não mieloblato) em relação com o transplante do tipo autólogo. (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Gruber *et. al.*, 2003 [E17, NE:VI]; Heinonen *et. al.*, 2005 [E16; NE:VI]; Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]; Williams, 2007 [E13; NE:VI]; Jarden *et. al.*, 2007 [E12; NE:II]).

Os regimes de tratamento após o TPH são complexos, maioritariamente com **necessidade de internamento em instituição hospitalar**, ou em menor número, envolvendo um regime de ambulatório intensivo, cuja continuidade de cuidados na residência é assegurada por suporte social e com fácil acesso ao contexto de prestação de cuidados hospitalares. Envolve um tratamento prolongado, alterações significativas do estilo de vida, múltiplas medicações, com administrações frequentes e com potenciais efeitos adversos, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Bishop *et. al.*, 2002 [E19;NE:V]).

Grant *et. al.* (2005), de acordo com os respetivos resultados, evidência que no período após o TPH, 80% dos indivíduos experimentaram 1 a 3 episódios de infeções por bactérias, vírus ou fungos, a principal causa de readmissão não programada; seguem-se os problemas gastrointestinais e desidratação, ou a DECH como potenciais causas. Verificou-se que 51% dos indivíduos estudados

foram sujeitos a, pelo menos, uma readmissão não programada. A análise comparativa entre o grupo de indivíduos submetidos a transplante alogénico e o grupo submetido a transplante autólogo, indica que o primeiro tem um maior número de readmissões, readmissões não programadas e infeções. Os doentes com as infeções descritas no mês seguinte ao TPH apresentam uma taxa de mortalidade de 50%. Conclui-se que a **população submetida a TPH alogénico é mais vulnerável relativamente a infeções e readmissões**. No caso do transplante não mieloblástico (RIC) as readmissões são mais frequentes, não existindo diferença evidente entre a taxa de infeção em situação de transplante alogénico mieloblástico e não mieloblástico, (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]).

Com pertinência para a temática, é revelado que os indivíduos admitidos no programa de transplantação persistentemente **subestimam o risco das infeções respiratórias e desconhecem os métodos de prevenção**. São resultados do estudo de características pré-experimentais sem randomização e, cujo objetivo se firmou na avaliação do conhecimento de 139 participantes acerca do risco de infeções respiratórias no período após TPH e medidas de intervenção, (Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE:IV]).

Também o estudo descritivo que explorou a experiência num hospital central, respeitante a uma amostra populacional de 37 indivíduos com 3 meses a 5 anos de sobrevivência após TPH alogénico e residentes em áreas rurais e regionais da Austrália, revelou a ocorrência de situação de readmissão hospitalar (27%) e admissão em unidade de cuidados intensivos (15%). Assinala que a maioria dos participantes experiencia **efeitos adversos significativos com o TPH**, provando que a experiência dos indivíduos residentes em áreas rurais e regionais não é pior que em populações similares, (Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

Ainda que se verifique que a maior parte dos participantes no estudo de Bray *et. al.* (2011) se sentiram preparados para o transplante com a informação que receberam antecipadamente (78%), referindo estar no momento da admissão fisicamente (78%) e emocionalmente (62%) preparados, é confirmado em diversos estudos que a situação clínica associada ao **TPH tem impacto na vida e bem-estar da pessoa que o experiencia**, (Gruber *et. al.*, 2003 [E17; NE:VI]; Heinonen *et. al.*, 2005 [E16; NE:VI]; Pontes *et. al.*, 2007 [E10; NE: VI]; Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]; Pidala *et. al.*, 2009 [E8; NE: V]; Farsi *et. al.*, 2010 [E6; NE:VI]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

O TPH e o regime de internamento que lhe está implicado são sugeridos como **condições associadas a necessidades de atenção da pessoa que as vivenciam**. O estudo de caso mediado pelos dados colhidos três dias antes da alta clínica, através de entrevista semiestruturada e observação sistemática, espelha a experiência vivenciada pelo sujeito adulto submetido a

transplante alogénico, sendo identificadas as necessidades a que foi exposto no referido processo: a ausência da família; o medo da morte por não ter a garantia de cura da doença; a incerteza quanto ao futuro pela preocupação com o futuro distante, sugerindo esperança; o sentimento de compaixão diante da angústia do outro a vivenciar a doença; a imprecisão de informação que dificulta a sua percepção e interpretação; o excesso de informação com detalhes e conteúdo difícil de compreender; o espaço físico restrito; o afastamento do trabalho implicando com o sentimento de realização pessoal e financeira; o excesso de manuseio da equipa de enfermagem devido à frequência de sujeição a procedimentos de cuidados; e interrupção do sono, (Pontes *et. al.*, 2007 [E10; NE:VI]).

As referidas necessidades nomeadas no período anterior à alta clínica e descritas por Pontes *et. al.* (2007), podem ser relacionadas com as **tensões (ou stresse)** categorizadas nas **dimensões social, emocional, fisiológica e relativa ao tratamento**, vivenciadas por 109 indivíduos em idade adulta e com diagnóstico de doença hematológica submetidos a TPH do tipo alogénico, na Finlândia. Os resultados da aplicação de questionário no período dos quatro meses posteriores ao respetivo TPH, contribuíram para a enunciação dos fatores promotores de stresse no processo de TPH e a constituição de uma escala decrescente da sua severidade: mudança de estilo de vida e impacto do tratamento a longo prazo; efeitos colaterais; sofrimento psicológico (*distress*) relacionado com o resultado do tratamento e condição fisiológica; stress relacionado com a família; medo da morte e pensamentos depressivos; outras preocupações; apoio social negativo; stress relacionado com falta de informação e com a equipa de saúde, (Heinonen *et. al.*, 2005 [E16; NE VI]).

As **perturbações somáticas e psicossociais provocadas pelo TPH**, e anteriormente enunciadas nos estudos expostos, podem ter efeitos a longo prazo na qualidade de vida da Pessoa. Esta conclusão advém do estudo do tipo descritivo e exploratório realizado a 163 indivíduos adultos submetidos a TPH na Alemanha, há mais de 2 anos. A maioria das pessoas inquiridas refere problemas sérios com a capacidade física (24%), seguindo-se sintomas como a dor (17.2%) e medo/sofrimento psicológico (14.1%). Concordantemente com os resultados dos estudos enunciados, a reintegração profissional é um fator importante para o bem-estar; contudo, 30.7% da amostra não voltou a trabalhar. Esta situação está associada a níveis mais altos de dor, ansiedade, distúrbios do sono, depressão, prejuízo da função social, relacionamentos e vida familiar, (Gruber *et. al.*, 2003 [E17; NE:VI]).

Bray *et. al.* (2011), retratam um amostra de participantes inferior, coincidindo que um terço dos participantes (34%) revela incapacidade para se reintegrar na atividade laboral nos 18 meses seguintes ao TPH, (Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

As condições descritas relativamente à vivência da Pessoa submetida a TPH, e considerando a função física, emocional, social e de papéis, estão associadas a uma redução de qualidade de vida. Os dados que expõem a **Qualidade de Vida relacionada com a Saúde** (QVS) neste contexto, tem níveis inferiores relativamente ao estado pré-TPH, antecipando o seu restabelecimento num período médio compreendido entre 1 a 2 anos, (Gruber *et. al.*, 2003 [E17; NEVI]; Pidala *et. al.*, 2009 [E8; NE:V]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

A revisão sistemática no que concerne à QVS no TPH dinamizada por Pidala *et. al.* (2009) apresenta o período compreendido entre os 3 meses e 1 ano após o TPH autólogo para regressar a níveis anteriores ao TPH, referenciando que este período é mais prolongado na situação de TPH alogénico, que se proporciona dentro de 1 ano com melhoria até 4 anos após o tratamento, (Pidala *et. al.*, 2009 [E8; NEV]).

A vivência do TPH pela Pessoa, situação de comprovado risco de vida, pressupõe a utilização de **estratégias de adaptação** que podem variar de acordo com a **realidade cultural** onde se move o fenómeno, (Yoon *et. al.*, 2006 [E14; NE:V]; Farsi *et. al.*, 2010 [E6; NE:VI]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4;NE:IV]).

Farsi *et. al.* (2010), com a pretensão de contribuir para o mencionado campo de estudo, exploraram o fenómeno enunciado na realidade cultural do Irão, onde a religião muçulmana é dominante. Efetivou-se a abordagem qualitativa, mediante a realização de entrevistas semiestruturadas, para investigar as estratégias de adaptação de 10 indivíduos adultos, com diagnóstico de Leucemia Aguda e submetidos a TPH. A partir dos dados obtidos foram categorizadas: a atribuição causal, dominada por convicções relacionadas com a etiologia da situação clínica, principalmente identificada em fases iniciais; a negação e evitamento, na procura de informação sobre o tratamento ou os efeitos após o TPH; a conexão com o propósito divino, associado ao destino e à vontade de Deus, que promove a crença espiritual, fé e confiança na inevitabilidade da morte ou a força para fazer face à doença e transplante; a organização do tratamento, em forma de fuga, com pesquisa sobre o tratamento e compilação de informação (com potenciais efeitos positivos e negativos); a procura de apoio social na rede familiar e de profissionais, fomentando a redução do nível de stresse, o relaxamento e formas de enfrentar os problemas e sintomas, com melhoria da condição física e psicológica; a modificação, determinando a mudança de prioridades ou a gestão de efeitos

adversos, adaptando o estilo de vida e autocuidado; a reflexão, mediante processos de comparação, dicotomia, distração, alienação ou definindo metas; e a paciência ou resignação, quando a energia é reduzida e os resultados do TPH não são considerados, identificados em situação onde outras estratégias não foram eficazes, (Farsi *et. al.*, 2010 [E6; NE:VI]).

A importância de caracterizar o contributo do aspeto cultural para a Pessoa objeto de cuidados foi ainda salientado no estudo que empreendeu a revisão compreensiva da literatura no âmbito da Pessoa submetida a TPH, clinicamente em recaída, no contexto Coreano, (Yoon *et. al.*, 2006 [E14; NE:V]).

É distinguida a necessária consideração pela diversidade cultural de acordo com as necessidades apresentadas, que vão para além da Pessoa incluída no programa de TPH, mas também a estrutura de cuidados que assegura o seu apoio, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

Bray *et. al.* (2011) relativamente ao contexto das áreas regionais e rurais da Austrália, revela que o principal suporte para a Pessoa que se submete a TPH são os respetivos cônjuges (59%) e os pais (32%). Estes resultados são corroborados pelos trabalhos desenvolvidos por Grimm *et. al.* (2000) e por Williams (2007) com metodologias, amostras e contextos diferentes. Portanto, os elementos da família, e principalmente os **cônjuges e pais**, são apresentados como os principais **parceiros na satisfação de necessidades de cuidados** da Pessoa incluída ao programa de TPH, sendo denominados como prestadores de cuidados, neste caso, informais, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Williams, 2007 [E13; NE:VI]; Farsi *et. al.*, 2010 [E6; NE:VI]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

Para além de familiares, são referenciados amigos e colegas de trabalho como cuidadores, (Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE: IV]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

Bevans *et. al.* (2010), apontaram que o elemento **cuidador informal** identificado no processo de TPH é **incluído por 88% a 98%**, dos 205 enfermeiros inquiridos, **no processo educacional**, independentemente do tipo de transplante, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

Para representar também a variabilidade de características dos referidos cuidadores informais é frequentemente aplicada uma caracterização sociodemográfica, revelando o predomínio do cônjuge, cujo escalão médio etário está compreendido entre 45 e 55 anos de idade, prevalecendo a estado de partilha de residência, e o exercício de atividade profissional, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

O cuidador informal é definido como o indivíduo não profissional que presta ajuda à pessoa sujeita ao processo de TPH, nos cuidados físicos, gestão de sintomas e a enfrentar e adaptar-se ao longo

do percurso do tratamento, assegurando cuidados em ambulatório, que de outra forma teriam de acontecer num contexto de internamento, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21;NE:IV]; Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18; NE:VII]). É ainda convencionado que se trata de um cuidador consistente ao longo dos 100 dias posteriores ao TPH, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

Williams *et. al.* (2007), neste âmbito, explorou compreensivamente os relatos de experiência relativos às condições que garantem a **dinâmica da relação de cuidados** na perspetiva de 40 **cuidadores informais ao longo do trajeto de doença e TPH**. O comprometimento foi categórico na referência a uma responsabilidade para cuidar, apesar das dificuldades, e por quanto tempo necessário, promovendo o conforto e o apoio positivo, ou concretizando alterações na vida para fazer do doente uma prioridade, que medeia a união da díade, a autoafirmação e uma conexão afetiva. Os dados do referido estudo permitiram também isolar a renomeada categoria de gestão de expectativas, que concebe o futuro com o desejo de voltar ao normal, encarando um dia de cada vez, aferindo comportamentos de experiências anteriores e reconciliando alterações do tratamento. O Papel de negociação foi também uma condição identificada, caracterizando-se pelo apoio e estímulo adequado e responsável na partilha de deveres em concordância e ligação com a equipa de saúde, para a independência, após a sua capacitação para o tratamento complexo e atendendo à sua vontade e preferências; os interesses do doente devem ser assegurados através do estabelecimento de elo vigilante e comunicação entre o cuidador e sistema de saúde, (Williams *et. al.*, 2007 [E13;NE:VI]).

Por outro lado, ainda a nível da relação da díade – pessoa submetida a TPH e cuidador informal - são enunciados os aspetos relacionados com as alterações de papéis na relação, a necessidade de trabalhar e a localização da residência como fatores que limitam a disponibilidade do cuidado. Três categorias são expostas neste âmbito: problemas físicos do doente (fadiga, apetite e aspetos relacionados com a sexualidade); problemas psicológicos dos cuidadores familiares (ansiedade e reorganização de papéis); e desafios da relação (comunicação com a equipa de TPH e entre ambos e tensão conjugal). Finalmente é, também, identificado o fator incerteza inerente ao processo de TPH, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

As **necessidades e respostas emocionais** de 43 **cuidadores informais** da pessoa com doença hematológica e submetida a TPH, em contexto de internamento (N=26) e ambulatório intensivo (N=17), foram explorados por Grimm e colaboradores (2000) em seis pontos do trajeto clínico. Verificou-se em ambos os grupos que o nível de humor foi diminuindo após o TPH. Os cuidadores em contexto de ambulatório intensivo, pela sua parceria na prestação de cuidados diretos à pessoa,

são inclusos precocemente no processo de capacitação do doente, e as suas necessidades referem-se a aspetos como: o transporte do familiar, os líquidos mais adequados, a manutenção das atividades domésticas ou formas de promover a independência do familiar. Por outro lado, os **cuidadores em regime de internamento** apresentam níveis altos de raiva, ansiedade, confusão, depressão, fadiga e distúrbios do comportamento, assumindo **maior necessidade de informação no momento anterior à alta**, respeitante a: estabelecimento da relação de cuidados, condição clínica associada, nutrição adequada, as expectativas em relação ao futuro, formas de manter o conforto e independência do familiar, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]).

Os **fatores preditivos da não adesão** ao regime terapêutico são apresentados pela revisão sistemática da literatura de Bishop *et. al.* (2002), e estão relacionados com a composição dos participantes que os estudos anteriores também focaram. São eles os aspetos relacionados com o doente (idoso ou jovem, baixo estatuto socioeconómico, solteiro ou ausência de pessoa significativa cuidadora, não adesão passada, atitudes e crenças, angustia, distúrbio psiquiátrico não controlado ou tratado) e com a respectiva condição de doença e tratamento (múltiplas medicações; administração frequente, duração do tratamento, efeitos adversos, e prognóstico da doença), (Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]).

1.1.1.2. Prestadores de cuidados

Os **prestadores de cuidados referenciados** nos estudos da amostra selecionada, expõem a **equipa multidisciplinar inerente à prestação de cuidados de saúde em TPH**. São eles: médicos, enfermeiros, psicólogo, psiquiatra, dietista, farmacêutico, assistente social, terapeuta ocupacional, fisiatra e fisioterapeuta, (Kemp, 2002 [E20; NE:IV]; Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]; Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18; NE:VII]; Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]; Yoon *et. al.*, 2006 [E14; NE:V]; Fermino *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]; Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]; Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]; Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE:IV]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]; Bray *et. al.*, 2011 [E3, NE:VI]; Knopf, 2011 [E2; NE:V]; Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

Grant *et. al.* (2005), menciona as intervenções dos profissionais implicados no processo de planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, num centro oncológico da Califórnia, com repercussões nos resultados do respetivo estudo do tipo coorte implementado, relativos aos padrões de alta e readmissões não programadas: os aspetos relativos ao autocuidado, complicações e alimentação são transmitidos pelo enfermeiro; a informação acerca da dieta com baixo risco de contaminação bacteriana é providenciada pelo dietista; o fisioterapeuta e o terapeuta

ocupacional focam o programa de exercício; o farmacêutico revê a terapêutica prescrita com o doente, (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]).

Com sensibilidade para o estudo do fenómeno, nos prestadores de cuidados mais referenciados constam o médico e o enfermeiro, sendo distinguido o **papel específico do enfermeiro, enquanto profissional de saúde especializado em TPH, na liderança na gestão clínica da pessoa submetida TPH**, (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18; NE:VII]; Fermino *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]; Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]; Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]; Bray *et. al.*, 2011 [E3, NE:VI]; Knopf, 2011 [E2;NE:V]; Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

Para caracterizar os prestadores de cuidados são utilizados os parâmetros demográficos relativos a idade, anos de experiência em TPH, regime de horário de trabalho, tipo de população alvo de cuidados e tipo de TPH concretizados no centro, regime de prestação de cuidados do contexto e país ou estado em que se localiza o centro de TPH, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]; Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

De uma forma geral, os enfermeiros que participaram nos estudos, e alvo de caracterização, assumem representatividade da sua estrutura. Trabalham em média há cerca de onze anos, maioritariamente em regime de horário completo, constando a população adulta como principal alvo de cuidados, prevalecem os participantes que exercem funções em regime de internamento agudo para o cumprimento de TPH do tipo alogénico e autólogos, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]; Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

É evidenciado que os profissionais de saúde e, sobretudo, o enfermeiro coordenador em TPH ou **enfermeiro especialista em TPH**, são a **principal fonte de informação e de apoio emocional**, (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18; NE:VII]; Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]; Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

A definição das **competências profissionais e clínicas específicas do enfermeiro em TPH**, resultantes da revisão sistemática da literatura de publicações online e de normas da Associação Americana de Enfermagem de Cuidados Críticos (AACN) e da Sociedade de Enfermagem Oncológica (ONS), que regulam a profissão em relação ao citado contexto de prestação de cuidados, apresentam a especificidade e relevância de atuação do enfermeiro em TPH enunciado nos citados estudos. É referenciada a implicação da abordagem holística ao longo do percurso de cuidados e, também, a coordenação do cuidado desde o contexto de cuidados intensivos, recuperação e sobrevivência. Foi aferido o padrão de competências, que estabelece a responsabilidade de: **planear o tratamento ao longo do processo** de TPH; realizar procedimentos

de diagnóstico; estabelecer **relação de cuidados** enfermeiro-pessoa submetida a TPH; **educar** o doente e cuidador informal; garantir o **suporte de relações colaborativas e consultadoria**; gerir o contexto de saúde; assegurar a **qualidade** da prática de cuidados; e **cuidar as diversas populações** relacionadas ao contexto de TPH, (Knopf, 2011 [E2;NE:V]).

Mais especificamente, no estudo de caso que apresenta o planeamento da alta clínica e continuidade de prestação de cuidados especializados de enfermagem a um indivíduo do sexo masculino com o diagnóstico de Leucemia Aguda submetido a TPH alogénico e respectiva cuidadora informal, mediante a concretização de um **programa educativo**, as citadas competências e comportamentos são, em grande parte, discutidas à luz do Modelo de Prática Avançada de Hamric's. A programação da educação com aplicação dos princípios de formação de adultos e incluindo conteúdos especializados, aliado ao estabelecimento de uma relação ativa de cuidados com a diáde, determina a materialização da **competência especializada educativa e apoio**, e inerentes **aptidões técnica, clínica e interpessoal**. A **liderança profissional e clínica** são evidentes no assumir do papel de advogado do doente, na **coordenação dos serviços** e no estabelecimento de **comunicação independente e colaborativa**. A realização da intervenção educativa baseada na evidência, com pesquisa de sintomas enunciados cientificamente, prevenindo complicações, hospitalização ou angústia sintomática, defende a **implicação do exercício da prática baseada na evidência**. A **competência de colaboração** é exposta, neste caso, pela colaboração com outros profissionais, promovendo a abordagem transdisciplinar, assistindo a família e o doente de forma a melhorar os resultados psicológicos, de qualidade de vida e apoio social. O **papel de referência entre pares**, devido a capacidade de comunicação e à competência em contexto complexo de necessidades, expõe a aptidão de consultadoria. Finalmente, ao fundamentar as perceções sobre o problema complexo, é exposta a capacidade de tomada de decisão ética, (Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]).

A **competência da comunicação** é transversal às competências específicas do TPH anteriormente identificadas. Assim, os resultados do estudo desenvolvido, com o objetivo de verificar o conhecimento e a utilização da comunicação terapêutica por onze profissionais de enfermagem em TtPH, com vinte doentes incluídos ao programa de transplantação, revelaram que existe o emprego de 709 técnicas nos diálogos acedidos, das quais 86.3% são terapêuticas e 13.6% não terapêuticas. É destacada a implicação de competências de comunicação terapêutica, (Fermino *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]).

O estudo que incidiu numa amostra por conveniência de 205 enfermeiros integrados na lista do ano de 2006 da ONS com interesse em TPH, mostra que o **enfermeiro** que assegura os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TPH é o **principal provedor de ensino** (65%); com menor frequência, a intervenção educativa é realizada pelo enfermeiro coordenador em TPH, pelo médico ou outros profissionais de saúde da equipa multidisciplinar. É examinada a variação de práticas de enfermagem de controlo e prevenção de infeções nos diferentes contextos de cuidados de TPH, com predominância de participantes residentes nos Estados Unidos da América (94%) em relação a outros países (6%). Os resultados indicam que a variação é mínima no que concerne aos tipos de transplante ou regimes de condicionamento. As práticas relativas à implementação de restrições e cuidados com a dieta, higiene e interação social diferem de acordo com a fase do transplante, com maior expressão na fase após o TPH. 62% dos enfermeiros inquiridos refere que consulta guias orientadoras publicadas, e 72% dos referidos adota as normas específicas da instituição. São reconhecidas incoerências na transmissão de informação relacionada com o uso da máscara, indicações dietéticas ou o procedimento nos contactos sociais, podendo estar relacionadas com a não adesão dos profissionais às normas publicadas ou pelo hiato na definição de detalhes que permitam que os referidos as traduzam nas suas práticas, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

As **perceções relativamente à transmissão de informação para a Pessoa incluída no programa TPH** assumem interesse em serem exploradas na vertente do campo fenomenológico do profissional de saúde, na medida em que revelam o modo como esta acontece na sua perspetiva, com potencial interferência na atitude enquanto elemento dinamizador do processo. A condução de um estudo descritivo exploratório destinado a uma amostra da população a participar na reunião anual de 2010 do EBMT, caracterizada por 239 enfermeiros e 47 médicos, promoveu um inquerito relativamente à quantidade e tipo de informação disponibilizada no primeiro ano após a pessoa ser submetida a TPH. Os dados revelam que a maior parte da informação recebida pelos doentes é acerca da doença (65.5%) e testes médicos (65.5%), seguido de autoajuda (54.8%), tratamentos (53.9) e diferentes serviços de cuidados (50.8). Os prestadores de cuidados pensam que os doentes recebem menos informações acerca de outros serviços (48 %). A maior proporção dos participantes no estudo percecionam que os doentes têm o desejo de maior disponibilização de informação (76.5%) e apenas uma minoria sente que estes desejam ter menos informação (7.6%). A informação transmitida é considerada como absolutamente ou muito útil por 85% dos inquiridos. Os enfermeiros consideram que os doentes recebem menos informação do que consideram os

médicos, definidos como o primeiro veículo de informação sobre a doença e tratamento, assumindo o enfermeiro papel de continuidade no processo educativo, (Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

1.1.1.3. Sistema de Cuidados

O **contexto de prestação de cuidados à pessoa submetida a TPH**, apresenta uma **variação** de acordo com o regime de condicionamento e tipo de transplante, constituindo os regimes de: internamento agudo, ambulatorio intensivo, ambulatorio/consulta e reabilitação. Os TPH do tipo alogénico e autólogo em regime de internamento agudo e ambulatorial intensivo assumem, no conjunto dos estudos selecionados, maior representatividade e, por isso, com maior relevância na investigação, (Knopf, 2011 [E2;NE:V]; Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

O regime de internamento é definido como um departamento que proporciona cuidados de saúde ao longo da trajetória do TPH, incluindo os períodos relativos ao regime de condicionamento, a reinfusão e a gestão da contínua neutropenia, sendo os episódios críticos geridos nesta unidade. O regime de ambulatorio intensivo depende da disponibilidade total do cuidador, e dispõe dos mesmos cuidados que em regime de internamento, mas em contexto clinico de ambulatorio. Os episódios agudos como febre ou sintomas ou efeitos secundários não controlados requerem a admissão numa unidade de internamento, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]).

Os **critérios que determinam a alta clinica do regime de internamento agudo em TPH**, independentemente do tipo de TPH, apresentados no contexto do estudo de Grant *et. al.* (2005), são: a capacidade para beber dois litros de líquidos orais por dia, para administração de terapêutica oral e para cuidar do cateter venoso central; actual apirexia; a disponibilidade de acompanhamento do cuidador informal no período noturno; e a possibilidade de transporte para a instituição de saúde, (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]).

O estudo de coorte desenvolvido por Grant e colaboradores (2005), num Centro Oncológico do sul da Califórnia, apresenta o **período de hospitalização** da pessoa submetida a TPH autólogo com a duração média de 25-30 dias e de 30-35 dias em situação de transplante alogénico. Bevans *et. al.* (2009) numa outra realidade institucional dos EUA apresenta a média de 14.5 dias de internamento para a pessoa submetida a transplante alogénico. Grimm *et. al.* (2000) exhibe dados relativos à estadia média desde o momento da admissão até à alta clinica para o domicilio ou para a consulta do médico de referência, que se situa nos 90.8 dias para o regime de internamento e nos 78.1 dias para o regime de ambulatorio intensivo (entre os 38 e os 132 dias), (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]; Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

Esta variação de resultados sugere a **disparidades na implementação dos protocolos de tratamento e na gestão clínica**, consoante o contexto institucional. No âmbito do exercício em enfermagem, é sustentada esta **variabilidade da prestação de cuidados**, especificamente relativas às práticas de prevenção e controlo de infeção, pela combinação da experiência prática e cumprimento de normas de origem dispare e não uniformizadas: padrões para controlo de infeção específicas para TPH do Centro para Controlo e Prevenção da Doença - CDC guidelines (62%), normas organizacionais ou do departamento (72%), critérios do prestador de cuidados (33%), guias orientadoras de práticas de cuidados da ONS e relativas ao TPH, ou recomendações de peritos, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

As citadas fontes de conhecimento também são indicadas como potenciais alicerces da informação transmitida durante o ensino relativo aos cuidados após a alta, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

Acresce, no exame dos investigações constituintes da amostra obtida, a identificação de **diversas adaptações**, ou na forma ou no conteúdo, **de modelos, programas ou intervenções participativas de cuidados que se dispõem a solucionar problemas e a orientar a educação da Pessoa submetida a TPH e respectiva família, visando o momento de planeamento da alta**. São eles:

- **A intervenção individualizada de resolução de problemas das díades a experienciar TPH alogénico**, estudada mediante metodologia pré-experimental sem randomização, e que consiste em **quatro sessões educativas**, incluindo no momento prévio à alta, com adaptação do Modelo de Preparação do Cuidador Familiar (assente no acrónimo **COPE** – Criatividade, Otimismo, Planeamento e Informação Específica), **em combinação com o protocolo institucional** de educação das díades no momento da admissão e alta, que visa a disponibilização de material escrito e espaço para discussão sobre os conteúdos – procedimentos da unidade, processo de transplante, complicações comuns e medidas de prevenção e recursos organizacionais, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]);

- **O modulo educativo sobre as estratégias de prevenção de infeções por vírus respiratório no período após TPH**, com a duração de **5 minutos** e **incluído num fórum educativo**, concretizado antes da admissão da pessoa e cuidador incluso ao programa de TPH, adaptando o Modelo de Crenças na Saúde, num estudo pré-experimental sem randomização cuja amostra inclui 139 participantes, (Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE:IV]);

- A implementação do **protocolo padrão de intervenção de enfermagem que integra o ensino interdisciplinar baseado nas evidências científicas**, mediado pela realização de **seis sessões** educativas individualizadas para desenvolver as capacidades do doente e cuidador, (Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]);
- O **programa de intervenção multimodal de exercício, relaxamento progressivo combinado com psicoeducação** (intervenção estruturada e contínua de educação e apoio), num período de cerca de **1 hora, durante 5 dias por semana**, ao longo de 4 a 6 semanas, **desde a admissão até ao dia de alta clínica** do contexto de regime internamento agudo; é estudada mediante metodologia experimental randomizada, com o objetivo de avaliar a viabilidade, segurança e benefício para a capacidade física e funcional, (Jarden e tal, 2007 [E12; NE:II]);
- A proposta de adaptação, ao **contexto da Coreia**, do **programa educacional para doentes submetidos a TPH em recaída e família**, funda-se na revisão sistemática dos princípios inerentes à introdução da **abordagem paliativa** em contexto de TPH, (Yoon *et. al.*, 2006 [E14;NE:V]);
- O **Modelo Cooperativo de Cuidados** em contexto de TPH autólogo é analisado no relatório de programa onde é apresentado como estratégia para melhorar resultados e diminuir custos, com **inclusão do cuidador informal**, admitido após aplicação de grelha de avaliação das capacidades físicas e psicossociais, disponibilidade, aspetos culturais e capacidades técnicas; segue-se a implementação de um **programa de educação multimétodo**, implementando sessões de grupo e individualizadas, (Schmit-Pokorny e tal, 2003 [E18; NE:VII];
- A proposta de **intervenção prática visando a pessoa potencialmente não cumpridora do regime terapêutico em TPH** é definida de acordo com os resultados da revisão sistemática sobre a temática e é adequada em contexto onde é avaliada a presença de fatores associados a comportamentos de não adesão; implica uma abordagem de **continuidade e multidisciplinar**, (Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]);
- O **programa tri-modular de ensino e instrumento de documentação das necessidades informativas da pessoa submetida a TPH**, alvo de estudo do tipo pré-experimental sem randomização, foi desenvolvido por uma **equipa interdisciplinar** e assente nos padrões de prática e educação da Associação Americana de Enfermagem e da ONS; os respetivos módulos foram desenhados de forma a refletir a informação relativa às diferentes fases do transplante, nomeadamente, **pré-TPH, TPH e pós-TPH**; o conteúdo organizado num **instrumento de documentação possibilita a sistematização do registo** relativo aos conteúdos dos diferentes

módulos e medeia o **acesso multidisciplinar** ao plano de registo do processo educativo e de planeamento da alta, (Kemp, 2002 [E20; NE:V]);

- O **processo educativo do cuidador** em contexto de regime de ambulatório intensivo e de internamento são explorados no estudo de corte; o primeiro envolve um programa educacional do cuidador em TPH, onde este recebe a informação didática acerca do TPH e os cuidados com o doente (medicação, procedimentos, sintomas e efeitos secundários, nutrição e exercício, bem-estar emocional e mental) através de **material escrito e sessões educativas individuais e em grupo**; não existe programa educativo organizado relativamente ao segundo contexto referenciado, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]).

A par das estratégias apresentadas é alegado que existe lapso relativamente ao conhecimento sobre a informação que o doente recebeu, **carecendo de formas estruturadas de transmissão de informação e relatórios documentais desta transmissão**. A proposta da implementação do instrumento EORTC QLQ-INFO25 ao doente sujeito a TPH, viabiliza a avaliação dos resultados do processo educativo realizado, (Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

A fase inicial das referidas intervenções de enfermagem estão, em grande parte, associadas a tempo suplementar do prestador de cuidados somado ao horário completo do exercício das funções contratadas na instituição de saúde, evidenciando **sobrecarga** para o citado (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

Por outro lado, é apresentado o investimento a nível organizacional para o desenvolvimento de **competências de comunicação terapêutica** da equipa de enfermagem em contexto de TPH, mediante a implementação de intervenção educativa com método expositivo, visando a alteração do padrão inicial de conhecimento e utilização da comunicação terapêutica. Os resultados demonstraram diferenças pouco significativas, (Fermio *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]).

Para além da evidenciada e supracitada relevância do suporte da equipa de enfermagem no planeamento da alta no processo do TPH, enquanto recursos humanos, verifica-se que existe promoção de apoio psicológico neste contexto, tendo ocorrido em 12% dos doentes (5% autólogo, 7 % alogénico), (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]).

Para além dos veículos humanos para a **disponibilização de informação**, evidencia-se também a aplicação de **recursos físicos** no visado fenómeno: CD ou vídeos, material escrito em formato de guia ou folhetos, a recursos disponíveis na internet como as paginas disponibilizadas pela Sociedade da Leucemia e o Programa Nacional de Doadores de Medula, que facilitam o apoio à transmissão de informação visada, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Kemp, 2002 [E20;NE:IV];

Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E17; NE:VI]; Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]; Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

A estratégia criativa que medeia a comunicação e documentação do processo educativo de planeamento da alta realizado pelos prestadores integrados na equipa multidisciplinar, à pessoa e família incluída ao programa de TPH, trata-se do plano de registo do processo educativo e de planeamento da alta, impresso em cartão resistente de cor castanha, incluído no processo clínico do doente, (Kemp, 2002 [E20; NE:V]);

1.1.2. Processo ou Relacionamentos de cuidados

A investigação concentrou-se sobre a intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, fenómeno indiscutivelmente respeitante aos relacionamentos de cuidados, enquadrado na categoria de processo ou relacionamento de cuidados de enfermagem, dos quais há dois tipos definidos no referencial teórico do fenómeno incluído na primeira parte do presente trabalho: as relações independentes, entendidas com interações entre a pessoa e família, nas quais os enfermeiros atuam autonomamente, de forma responsável e em conformidade com a especificidade da disciplina da enfermagem; e as relações colaborativas, que incluem as atividades e responsabilidades que os enfermeiros dividem com outros membros da equipa de cuidados de saúde, com base na complementaridade. Esta segunda categoria que se define assim como principal foco do Modelo Qualidade-Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003), denominada de Processo ou Relacionamento de cuidados foi identificada em 16 publicações de um total de 21 selecionadas, facto visível no Quadro 4, Matriz B; muitos destes artigos espelham estudos participados com a implementação de intervenção; de acordo com a sua natureza, incorporaram a definição de relacionamentos independentes ou colaborativos.

1.1.2.1. Relacionamentos Independentes

Bevans e Tierney *et. al.* (2009), [E7; NE:VI], decorrente da respectiva pesquisa, indicam que 65% das **intervenção educativas**, na fase de preparação para cuidados após transplante, são **conferidas pelo enfermeiro**, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]). Outros autores corroboram estes dados.

O **processo educativo** é geralmente realizado nas **48 horas anteriores** à alta clínica, porque a pessoa está demasiado frágil para aprender os procedimentos e mostrar capacidade para o autocuidado no período anterior a esta data, (Grant *et. al.*, 2005 [E15, NE:IV]).

Por outro lado, o programa trimodular de educação que visa a Pessoa incluída ao programa TPH, designa o respetivo Módulo Três, como meio para prover a compreensão da informação sobre o tratamento que vai decorrer em regime ambulatorial, com implementação **desde o momento da admissão hospitalar**, visando alcançar a pessoa e cuidador, (Kemp *et. al.*, 2002 [E20; NE:IV]).

É evidenciado o **papel ativo do cuidador informal na prestação de cuidados** práticos na fase em estudo, geralmente potenciado pela sua **inclusão no citado processo formativo**, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]); Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE: VII]).

Corroborando os dados enunciados, o **enfermeiro inclui o cuidador informal** como participante em 88-98% das suas intervenções educativas, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

A concretização do ensino **obedece a princípios decorrentes da respectiva experiência e/ou normas internacionais, organizacionais para a prática de cuidados**, constando aspetos relativos a lavagem adequada das mãos, evitar contactos com pessoas com doenças contagiosas ou aqueles a quem foi administrada uma vacina viva, evitar multidões, terra, sujidade ou locais em construção. São enunciados os parâmetros que definem as limitações relativas a contactos sociais, nomeadamente, o grau de recuperação dos neutrófilos e o grau de imunossupressão, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

O estudo de caso que explora a condução de um processo de intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta de um indivíduo submetido a TPH e respectiva cónyuge, reflete o estabelecimento de uma **relação ativa de cuidados com a díade, de instrução e orientação especializada**. Inicia-se por uma sessão individualizada, de acordo com a disponibilidade da díade onde são fornecidas instruções práticas, direcionais, em estilo informal, relativas a cuidados médicos e serviços de cuidados disponíveis (psicológicos, sociais e existenciais), aliando orientações escritas. Numa posição de liderança, é realizado o reforço do ensino relativo a cuidados de saúde de acordo com as atuais condições, e discutida a reestruturação de papéis conjugais, visando o atenuar da tensão conjugal. A apontada relação de cuidados é dominada pela intervenção educativa baseada na evidência científica com pesquisa de sintomas enunciados cientificamente, prevenindo complicações, hospitalização, sofrimento emocional sintomático. Consequentemente, a tomada de decisão ética tem a obrigação de considerar o problema complexo de múltiplas perspetivas fundamentadas, (Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]) .

A sessão com **método individual** é maioritariamente utilizada (36%- 39%), sendo que a **fonte primária de educação** sucede, com **origem num programa ou disposição organizacional** (68%), (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

Efetivamente, a intervenção educativa individual é apresentada como abordagem mais frequente, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE: VII]; Yoon *et. al.*, 2006 [E14; NE:VI]; Jarden *et. al.*, 2007 [E12; NE:II]; Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

O método individual ao ser implementado, pode acontecer simultaneamente com sessões em grupo, associados á disponibilização de material escrito, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

É distribuído um guia com informação sobre vários tópicos, incluindo autocuidado, complicações e indicações alimentares, que é seguido pelo enfermeiro no processo de educação de preparação para alta, (Grant *et. al.*, 2005 [E15, NE:IV]).

No programa trimodular, os conteúdos expostos referem-se aos cuidados em ambulatório, com as medicações (indicações e efeitos secundários), infeções e diagnóstico de sinais e sintomas de complicações que justifiquem contacto com a equipa. Inclui também, pela sua especificidade, a partilha adicional de informação relativa ao transplante alogénico, (Kemp *et. al.*, 2002 [E20; NE:IV]).

Um outro programa de intervenção multimodal foi desenvolvido com base nas recomendações para os doentes oncológicos, combinado com psicooncologia, estruturando uma **intervenção educativa contínua de apoio e educação**; é referenciado que foi assegurada a intervenção sempre pelo mesmo investigador, e a intervenção de psicoeducação foi individual e baseado nas técnicas de comportamento e terapia cognitiva, tendo sido individual e, variado de doente para doente, de acordo com as necessidades e preferências, (Jarden *et. al.*, 2007 [E12; NE:II]).

A implementação de sessões educativas individuais de resolução de problemas da díade suporta a abordagem anterior. O enfermeiro em TPH é apresentado como principal e potencial dinamizador, atendendo aos constrangimentos profissionais. A primeira sessão é iniciada com a introdução do modelo de resolução de problemas, que é repetida nas sessões seguintes relativamente à retenção de informação na reunião anterior; uma vez conhecido o modelo, a díade tem a oportunidade de aplicar o método de COPE (Criatividade, Otimismo, Planeamento e Informação Específica), na presença do promotor da intervenção. O prestador de cuidados guia a díade na identificação do problema que provoca sofrimento psicológico, na revisão da informação específica ou evidencia científica relacionada com o problema, desenvolvendo um plano de intervenção. Ao longo da sessão é reforçada a abordagem de otimismo de gestão do problema e estimulada a criatividade, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

No modelo cooperativo de cuidados o cerne da intervenção educacional é atribuído à educação compreensiva, considerando a parceria fundamental com o cuidador informal. Trata-se de uma abordagem que aplica vários métodos de acordo com as diferentes formas de aprendizagem,

difundindo o autocuidado. Defende a **implementação de diversas estratégias**: sessões de grupo (introdução ao TPH, cuidados com o cateter e cuidados com a dieta, higiene oral, vigilância de sinais e sintomas), sessões práticas para a capacitação e sessões individuais (planeamento do cuidado, informação específica sobre doença e tratamento, dieta, cuidados com cateter e QT de alta dose), disponibilização de material escrito e vídeo educativo. (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE:VII]).

O indicado, coincide com a descrição no âmbito dos cuidadores informais em regime de ambulatorio intensivo, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]).

No caso de serem identificados fatores de risco que predizem a não adesão ao regime terapêutico em TPH, a literatura revista faz referência à pertinência do estabelecimento de intervenção baseada numa abordagem centrada na pessoa, da simplificação do tratamento, e da avaliação periódica da adesão. Defende a disponibilização de informação clara e consistente acerca do tratamento, com indicações expressas sobre o regime prescrito, utilizando material escrito ou motivando a anotação das mesmas, precavendo quanto à possibilidade de ocorrência de efeitos secundários e formas de os reduzir. Deve fomentar a adesão mediante a disponibilização de informação específica e acerca da respectiva importância. A existência de uma linha gratuita ou um sítio na internet facilita o acesso da pessoa e família para esclarecer dúvidas sobre o programa de tratamento, (Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]).

Ao processo educativo da pessoa submetida a TPH em recaída e respectiva família, em contexto coreano, sobressaem as **competências de comunicação interpessoal** na prestação de cuidados holísticos, centrados nas necessidades educacionais da pessoa e família, submetidos a um contexto (local, período e recursos de intervenção educativa). O uso da combinação de entrevistas estruturadas e semiestruturadas é identificado como estratégia adequada na primeira abordagem, seguindo-se uma avaliação sistemática, de forma a assegurar a reestruturação do processo educativo de acordo com as atividades de vida diárias, envolvendo o contributo positivo dos recursos informáticos para o momento, (Yoon *et. al.*, 2006 [E14; NE:VI]).

O contributo positivo da **abordagem compreensiva** na prestação de cuidados de enfermagem evidencia-se, podendo ser praticada pela ponderação do potencial impacto do TPH na QV, obtida através da **avaliação clínica do QVS**, bem como dos recursos disponíveis para a intervenção. Estes fatores são decisivos para planeamento da educação do doente de forma a promover uma gestão proactiva dos efeitos secundários relacionados com o TPH e recuperação, implicando no processo de comunicação estabelecido, (Pidala *et. al.*, 2009 [E8;NE:V]).

A pesquisa descritiva combinada com a investigação quase experimental mediou a consideração pelo estabelecimento de diálogos entre profissionais de enfermagem e doentes. Verificou-se o emprego de diferentes grupos de técnicas de comunicação, terapêutica e não terapêutica. Para ocorrer um **relacionamento terapêutico** com os doentes, **três grupos de técnicas** são evidenciadas: **expressão**, manifestadas por atos de fazer pergunta e usar frases descritivas, sobressaindo a aceitação e respeito, contribuindo para que o enfermeiro conheça o doente; **clarificação**, através da descrição de eventos em sequência lógica e estimulação comparações, intervém na transferência de mensagens entre prestador e cliente, tornando mensagens mais claras e compreensíveis; **validação**, que vigora através da repetição da mensagem da pessoa e no resumo do conteúdo da interação, certificando que o conteúdo da interação foi corretamente entendido pelos interlocutores. A comunicação não terapêutica, é expressa na indução de respostas, falsa tranquilização, comunicação unidirecional, mudança súbita de assunto ou julgamento de comportamentos, (Fermino *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]).

1.1.2.2. Relacionamentos Colaborativos

Cooke *et. al.* (2008), compondo o estudo do caso que apresenta a intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, patenteiam a **colaboração do enfermeiro com outros profissionais**, viabilizando a capacidade para promover a **abordagem transdisciplinar** e assistir a família e doente, de forma a melhorar os resultados psicológicos, de qualidade de vida e apoio social, (Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]).

A **avaliação da QV** da Pessoa inclusa ao programa de TPH e **incorporação destes resultados na prática clínica diária** no contexto de TPH, facilita o **reconhecimento de necessidades** relativas às funções física, emocional, social e de papéis, estabelecendo a referência para a intervenção de prestadores de cuidados coligados à equipa multidisciplinar, promovendo a **continuidade** prudente e em **complementaridade** do processo educativo com o propósito de reabilitação, (Pidala *et. al.*, 2009 [E8;NE:V]).

A relação de **complementaridade entre médico e enfermeiro**, e que providencia continuidade de cuidados, é perscrutada no estudo de Kirsch *et. al.* (2011). Figuras as percepções de resultados positivos decorrentes da responsabilidade primária dos médicos para providenciar à pessoa e família a informação sobre a doença e o tratamento. Confrontam com percepções dos enfermeiros que evidenciam necessidades relativas a informação, possivelmente relacionadas com as questões que surgem com a continuidade do processo de TPH, depois da primeira abordagem do médico, e

que o enfermeiro atende em segundo tempo, revelando a relação de colaboração na prestação de cuidados de saúde respeitante ao fenómeno em estudo, (Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

O **consenso e coordenação das recomendações** no cerne da equipa de prestadores de cuidados é **fundamental para a adesão** terapêutica, assim como a citada continuidade de prestação de cuidados, assegurando a abordagem multidisciplinar dos fatores de risco a nível social, psicológico e comportamental, associados à não adesão em TPH, (Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]).

A **divisão de responsabilidades de cuidados** na intervenção educativa no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH espelha-se nas **relações de colaboração** estabelecidas entre **prestadores de cuidados e/ou recursos do sistemas de cuidados**, (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]; Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE:IV]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]; Bray *et. al.*, 2011 [E3;NE:VI]).

No processo de intervenção educativa de preparação para alta explorado por Grant *et. al.* (2005), são descritas as visitas do dietista, farmacêutico e fisioterapeuta, (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]).

A avaliação da experiência e serviços prestados à pessoa submetida a TPH residente em área rural ou regional, mediada pela concretização de estudo exploratório e descritivo, revela o apoio que foi providenciado antes e depois do procedimento terapêutico, pela equipa de saúde multidisciplinar e cuidador. São evidenciados os relacionamentos colaborativos no estudo de Bray *et. al.* (2011), espelhados na utilização de recursos educacionais e seminários da Fundação da Leucemia, e de recursos humanos de serviços aliados ao departamento médico: assistente social, psicólogos clínicos, dietistas e psiquiatras. A discussão com os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado do doente referenciado para TPH, providencia os meios mais importantes e efetivos de comunicar informação sobre o transplante, visando minimizar o impacto da distância. Logo, são os cuidados de suporte antes e depois do transplante, prestados pelo profissional de enfermagem de coordenação clínica em colaboração com as redes de apoio social e organizações, que facultam o referido, (Bray *et. al.*, 2011 [E3;NE:VI]).

É manifesta a posição de referência que adquire entre pares, devido à aptidão de comunicação e de atuação em contexto complexo de necessidades, como se define o TPH, salientando-se, assim, a competência de **consultadoria** do enfermeiro, (Cooke *et. al.*, 2008 [E9; NE:VI]) .

Identicamente, o estudo pré-experimental sem randomização que visa a avaliação da implementação de intervenção individualizada de resolução de problemas das diádes a experienciar TPH alogénico engloba no seu objetivo a **colaboração** com o decurso de **intervenção**

institucional de educação das díades no momento da admissão e alta, para atingir o objetivo a que se propõe e sustentando uma cooperação entre programas, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

O mesmo processo de relação colaborativa é declarado no desenvolvimento do módulo educativo sobre as estratégias de prevenção de infecções por vírus respiratório no período após TPH, incluso no fórum educativo, e com o qual estabelece articulação, (Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE:IV]).

O **plano de registo interdisciplinar da intervenção educativa e preparação alta** foi desenvolvido para prover um padrão educativo, **facilitando a comunicação entre os prestadores** que transmitem a informação. O instrumento é dividido em três fases do transplante, sendo que é utilizado pelos prestadores para guiar o ensino, para que todos os conteúdos relativos a cada etapa sejam expostos, (Kemp *et. al.*, 2002 [E20; NE:IV]).

O processo educativo em situação de recaída da pessoa submetida a TPH, foi alvo de revisão sistemática, sendo sublinhadas no presente âmbito as ideias emanadas de organização de uma equipa educativa multidisciplinar e agendamento de reuniões regulares em equipa. Deve ser promovido o envolvimento do médico no processo educativo e o estabelecimento de abordagens individuais por parte dos outros profissionais, (Yoon *et. al.*, 2006 [E14; NE:VI]).

1.1.3. Resultados

De acordo com Duffy e Hoskins (2003), o terceiro e último componente é o resultado, e corresponde ao constructo futuro, podendo-se distinguir os resultados intermediários, que se traduzem em mudanças de comportamento, como o “sentir-se cuidado” sem ter impacto direto nos resultados finais; distinguem-se também os resultados finais que afetam o futuro e estão relacionados com a qualidade de vida, custos, variáveis específicas das doenças e satisfação com o tratamento. Coincidem grandemente com a revisão da literatura realizada, focando outros contextos de prestação de cuidados. A categoria de Resultados foi identificada em 15 artigos da amostra total, sendo simultaneamente identificada nos estudos que apresentam aportes relacionados com as categorias major – Estrutura e Processo, concordando com o defendido por Duffy (2009) relativamente à constância dos participantes no primeiro e terceiro componente do modelo. Não estão apresentados os resultados intermédios em todos os estudos que apresentam dados relacionados com a categoria de resultados. Os resultados, enunciados como futuros, estão associados a resultados de pesquisas exploratórias e retrospectivas cujo período de tempo de intervalo relativamente ao momento estudado, é considerável, incluindo meses ou anos.

1.1.3.1. Sentir-se Cuidado

Os programas de intervenção educativa são na sua generalidade avaliados **satisfatoriamente** pela pessoa submetida a TPH e respectivo cuidador, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE: VII]; Jarden *et. al.*, 2007 [E12; NE:II]; Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

Especificamente, na intervenção educativa de resolução individualizada de problemas da diade em TPH, aplicando o método de COPE, os resultados reportam a satisfação com a intervenção, evidenciando-se a valorização da sua utilidade para os familiares. É considerada por ambos como uma oportunidade para falar, que possibilita o acesso a informação de especialistas e a reflexão criativa. Ao providenciar a sessão durante a visita hospitalar agendada, e por conveniência da diade, permitiu a **adesão** de 90% dos participantes às sessões com altos níveis de satisfação, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

Por outro lado, e num outro contexto de intervenção educativa multimodal, a continuidade de cuidados pelo prestador dinamizador da intervenção educativa, **resulta na vivência de segurança e confiança** da maioria dos 14 doentes participantes, na sua própria capacidade física, motivando e aumentando dos esforços para melhorar. É assim potenciada a taxa de **adesão à intervenção**, cujos dados definem em 94%, com melhoria significativa dos níveis de força muscular e flexibilidade, (Jarden *et. al.*, 2007 [E12; NE:II]).

Todavia, o estudo de revisão sistemática da literatura situa a não adesão ao regime terapêutico em transplantação em taxas que variam entre os 20% e os 82%, pelo que se supõe o benefício da intervenção educativa para a melhoria deste comportamento, (Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]).

O **aumento do conhecimento** é viável com a implementação de uma sessão educativa, sobre as infeções por vírus respiratório após TPH. Observaram-se discrepâncias entre os doentes e cuidadores, revelando os últimos mais conhecimento e aceitação relativamente ao benefício da vacinação dos familiares, o que revela a importância de educar para sensibilizar e educar, (Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE:IV]).

Kemp e colaboradores (2002) expõem resultados que apresentam o **aumento dos índices de conhecimento ou retenção da informação**, comparando as fases anteriores e posteriores à implementação do programa trimodular do processo interdisciplinar de educação da Pessoa submetida a TPH, (Kemp *et. al.*, 2002 [E20; NE:IV]).

Os cuidadores em ambulatório sujeitos a um estudo do tipo Coorte, relativamente à **intervenção educativa, desde a admissão do familiar**, revelam, no momento da alta, valores significativos de **menor perturbação do humor ou índices depressivos**, em comparação com os cuidadores em

regime de internamento que não foram alvo de intervenção. Revelam estar mais satisfeitos relativamente a necessidades psicológicas e de informação, e com menor grau de níveis depressivos, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]).

Inclusivamente, os cuidadores em regime de internamento e não passíveis da citada intervenção educativa, apresentam níveis mais altos de raiva, ansiedade, confusão, depressão e distúrbios de comportamento, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]).

Ainda que seja referido um grau de solidão inerente à perceção do TPH, por indivíduos residentes nas áreas rurais e regionais da Austrália, existe a confirmação de que as necessidades foram satisfeitas e o suporte efetivo foi providenciado durante e após o TPH por cuidadores profissionais e informais, sublinhando o enfermeiro coordenador em TPH, (Bray *et. al.*, 2011 [E3;NE:VI]).

O Modelo de Cuidado Cooperativo admite que o cuidado se torna mais pessoal e individualizado, e os doentes **tornam-se mais confiantes e competentes** para o autocuidado, verificando-se o aumento do **controlo do doente e independência**, (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE: VII]).

A literatura associa a **implicação dos princípios paliativos** no processo educativo da pessoa e família em situação de recaída clínica após TPH no contexto coreano, a resultados de: **aprendizagem cognitiva** (tomada de decisão), **aprendizagem afetiva** (atitude positiva e adaptação psicológica), **aprendizagem psicomotora** (aumentar a competência de cuidados no domicílio) e **capacitação** (autocuidado e tomada de decisão), (Yoon *et. al.*, 2006 [E14;NE:VI]).

A implicação de **técnicas de comunicação terapêutica** está associada a **redução da ansiedade e dúvidas** que acarretam sofrimento emocional, **favorecendo o autocuidado**. Em contraponto, a comunicação não terapêutica envolve prejuízo para a individualidade dos envolvidos no processo de comunicação, (Fermino *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]).

1.1.3.2. Pessoa/Família

A maioria dos doentes referiram níveis aceitáveis de QV (aplicando a escala de FACT-BMT) quando comparados com estudos internacionais idênticos, (Bray *et. al.*, 2011 [E3;NE:VI]).

Todavia, os autores evidenciam que a **QVS é restaurada para níveis semelhantes ao estado anterior ao TPH entre o primeiro ano e o segundo após o TPH**, (Gruber *et. al.*, 2003 [E17; NE:VI]; Pidala *et. al.*, 2009 [E8; NE:V]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

A implicar nesta avaliação decorrente do estudo de Bray e colaboradores (2011), perspectiva-se a necessidade **de apoio adicional** a nível psicossocial e emocional, bem como assistência prática

nos custos financeiros associados ao TPH, na reabilitação vocacional, e apoio para voltar a trabalhar, (Bray *et. al.*, 2011 [E3;NE:VI]).

Os problemas psicológicos podem ser minimizados mediante intervenções psicoeducativas, (Grimm *et. al.*, 2000 [E21; NE:IV]; Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]).

O modelo de cuidado cooperativo, cujo cuidado é considerado na perspectiva humanística, promove a **capacitação e adesão** após a alta com **diminuição dos erros de medicação**, e aumentando a **satisfação** do doente situada entre os 100%-97%, (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE: VII]).

Neste segmento, outros investigadores enunciam como resultados da intervenções de cuidados a **aprendizagem**, a **capacitação** e a **promoção para a tomada de decisão**, (Kemp, 2002 [E20; NE:IV]; Yoon *et. al.*, 2006 [E14;NE:VI]; Jarden *et. al.*, 2007 [E12; NE:II]; Ferguson *et. al.*, 2010 [E5; NE:IV]).

A **não adesão ao regime terapêutico** por parte da pessoa submetida a TPH, tem **consequências a nível do aumento da mortalidade e morbilidade** na pessoa transplantada, (Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]).

O estudo descritivo e exploratório, visando avaliar a experiência e serviços prestados a pessoas residentes em áreas rurais e regionais, em contexto de hospital central, mostra que de uma forma geral não é considerada pior do que o percebido em contextos similares. Constatou-se a **minimização do impacto da distância** relativa ao centro de TPH resultante da **colaboração** entre o enfermeiro coordenador/especialista em TPH e as **redes de suporte social e organizações**, (Bray *et. al.*, 2011 [E3;NE:VI])

1.1.3.3. Prestadores de Cuidados

Os médicos e enfermeiros envolvidos no processo educativo da Pessoa e família submetido a TPH, quando inquiridos relativamente à sua **transmissão de informação**, entendem que, de uma forma geral, esta é **satisfatória**. Ainda assim, as relações colaborativas implicadas ao TPH sugerem percepções de necessidades de informação adicional. O défice de informação mais proeminentemente identificado está aparentemente relacionado com **défice de informação relativa à fase pós-transplante**, quando os doentes começam a voltar ao padrão normal de vida, pois no estudo as categorias “outros locais de cuidados” e “outros serviços” foram classificados abaixo de “testes médicos” e “doença”, incluídos no âmbito do contexto de cuidados críticos. Os referidos dados estão associados a necessidades percebidas pelo enfermeiro, possivelmente relacionada com a relação colaborativa estabelecida para fundar o processo de transmissão de informação, (Kirsch *et. al.*, 2011 [E1; NE:VI]).

Os enfermeiros, enquanto participantes na pesquisa descritiva combinada com o estudo quase experimental para verificar a utilização da comunicação terapêutica pela equipa de enfermagem e impacto de estratégia educativa, trouxeram interesses em incluir e conhecer abordagens da comunicação na relação com a equipa de trabalho, na vida pessoal e com os acompanhantes dos doentes, indicando que o **desenvolvimento da competência comunicacional** tem repercussão em maior escala, (Fermينو *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]).

O envolvimento do enfermeiro coordenador/especialista em TPH, promotor da relação colaborativa, pode melhorar a experiência de doença e prestação de cuidados de saúde da pessoa submetida a TPH em contextos rurais, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

No Modelo de cuidado cooperativo, os resultados do relatório de programa expõem que a transferência de elementos da equipa é menor que numa unidade tradicional, com a referência de níveis altos de **satisfação** por parte da equipa de saúde, (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18; NE:VII]).

Dados que indiciam a satisfação dos prestadores de cuidados relativamente ao desenvolvimento de intervenções educativas são apresentados por outros autores, (Fermينو *et. al.*, 2007 [E11; NE:VI]).

1.1.3.4. Sistema de Cuidados

A **variabilidade de práticas de cuidados** de enfermagem enunciadas por Bevans e Tierney *et. al.* (2009), denunciam o **desconhecimento** da equipa de enfermagem relativamente às atuais **normas orientadoras das práticas em TPH**, a **não adesão** às normas existentes, baseando-se na experiência ou preferências. Refere ainda que as normas orientadoras de práticas divulgadas não possuem o nível de detalhe necessário para traduzir essas recomendações para a prática clínica, (Bevans e Tierney *et. al.*, 2009 [E7; NE:VI]).

A otimização dos cuidados da pessoa submetida a TPH requer um nível de atenção e avaliação da QVS pelos prestadores, combinado com a respectiva avaliação feita pelo doente, com resultados na gestão dos sintomas, na manutenção ou recuperação dos níveis de QV após o TPH, e consequente satisfação do doente, (Pidala *et. al.*, 2009 [E8; NE:V]; Bray *et. al.*, 2011 [E3; NE:VI]).

O estudo retrospectivo relativo à descrição dos padrões de alta clínica e readmissão não agendada de pessoa submetida a TPH insinua que o conteúdo da intervenção educativa tem o **potencial de afetar o número de readmissões e o período de internamento** em cada admissão, (Grant *et. al.*, 2005 [E15; NE:IV]).

A implementação do **Modelo de cuidado cooperativo** prova que o cuidado ao incorporar o parceiro de cuidados possibilita a **redução dos custos, a potencial diminuição da taxa de**

rehospitalização. Promoção da educação compreensiva com uma abordagem multimetodo cujos relatório de resultados demonstram o sucesso do modelo, e motivam a sua expansão a outras populações, (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE: VII]).

A educação acerca dos planos de cuidados da pessoa submetida a TPH, medeia a inclusão do prestador informal nos cuidados, e a diminuição do tempo de internamento através da parceria, (Schmit-Pokorny *et. al.*, 2003 [E18;NE: VII]).

A auditoria ou avaliação realizada no âmbito do programa trimodular do processo interdisciplinar de educação da Pessoa submetida a TPH, revela o sucesso da intervenção comparando os resultados relativos fases anteriores e posteriores à implementação do programa, (Kemp *et. al.*, 2002 [E20; NE:IV]).

A abordagem programa trimodular do processo interdisciplinar de educação da Pessoa submetida a TPH, demonstra o que facilita o acesso e continuidade do processo educativo de planeamento da alta da pessoa submetida a TPH viável na implementação de métodos novos e criativos, (Kemp *et. al.*, 2002 [E20; NE:IV]).

A adequabilidade do número de 4 sessões educativas foi evidenciada na avaliação realizada pelas díades foco de intervenção. Contudo a menor disponibilidade de tempo dos participantes para assistir às sessões e diminuição de participação, indicam que um menor número de sessões será indicado. Os dados sugerem que o momento da alta hospitalar, quando a díade está a preparar-se para gerir de forma independente os aspetos relativos à recuperação, é quando a estratégia educativa tem mais significado. O guia de cuidados em casa foi avaliado como repetitivo, sendo adequado um sumário conciso da metodologia de resolução de problemas, aplicando o método de COPE, (Bevans *et. al.*, 2010 [E4; NE:IV]).

No caso de se verificar a **não adesão ao regime terapêutico** constata-se a conexão ao aumento da utilização dos recursos económicos e médicos. Pode causar interpretações erradas por parte da equipa médica, relativamente às respostas ao tratamento instituído. Mas é defendida a inconsistência das decisões clinicas baseadas na predição de não adesão, (Bishop *et. al.*, 2002 [E19; NE:V]).

1.2. O cuidado para regressar a casa: O Mapa orientador da proposta para a prática baseada na evidência

Um importante princípio do modelo Qualidade-Cuidado © (2003), é a compreensão de que os componentes estrutura, processo e resultados são uma função do tempo e circunstâncias, e não simplesmente uma cadeia linear de acontecimentos. Neste caso, a consideração dos dados evidenciados e estudados à luz da teoria de Duffy e Hoskins (2003), relativamente à intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH, não devem extrapolar o relativo significado que têm no contexto complexo em que está incluso o fenómeno alvo de estudo. Ainda que as informações procedimentais sejam resumidamente apresentadas, é possível avaliar que a maioria dos dados deriva da aplicação de abordagem qualitativa nos estudos de cariz descritivo e exploratório, em relação a contextos e populações específicas incluídas no fenómeno. Justifica-se o procedimento pela complexidade inerente ao fenómeno em estudo e diminuto conhecimento nesta área de cuidados; nesta vertente soma-se o maior empenho na pesquisa e compreensão dos elementos constantes ao fenómeno estudado, que se deduz a par da maior quantidade de dados relativos à caracterização dos participantes, em detrimento dos aspectos relacionados com o processo e resultados. Dadas as diversas abordagens dos estudos primários selecionados, justificou-se a análise, também, de estudos secundários que facilitassem a integração e resumo de abordagens tão diversas, e contribuíssem para um maior conhecimento do fenómeno complexo.

A par do referido, adiciona-se o défice na referência a dados procedimentais que expressem o rigor científico dos estudos ilustrados nos artigos obtidos, condicionando a sua fraca evidência científica, classificação realizada de acordo com escala de Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

Contudo, verificamos o empreendimento de alguns estudos com desenhos metodológicos do tipo pré-experimentais, com o objetivo de estudar soluções apropriadas para problemas de contextos específicos, com pequenas amostras de participantes, não atendendo a todos os critérios de rigor científico no que se refere ao delineamento da investigação no âmbito do fenómeno, adaptando uma abordagem participativa. Relativamente a estes dois últimos tipos de estudos, a confiabilidade de evidência científica é moderada. O relatório de caso apresentado, embora incluso na classificação de evidência fraca, foi considerado pertinente, pelo tipo de abordagem atípica de prestação de cuidados para o contexto de saúde em Portugal. Por último, salienta-se que apenas um dos estudos apresenta condições que assegura forte confiabilidade de evidência e contribui para

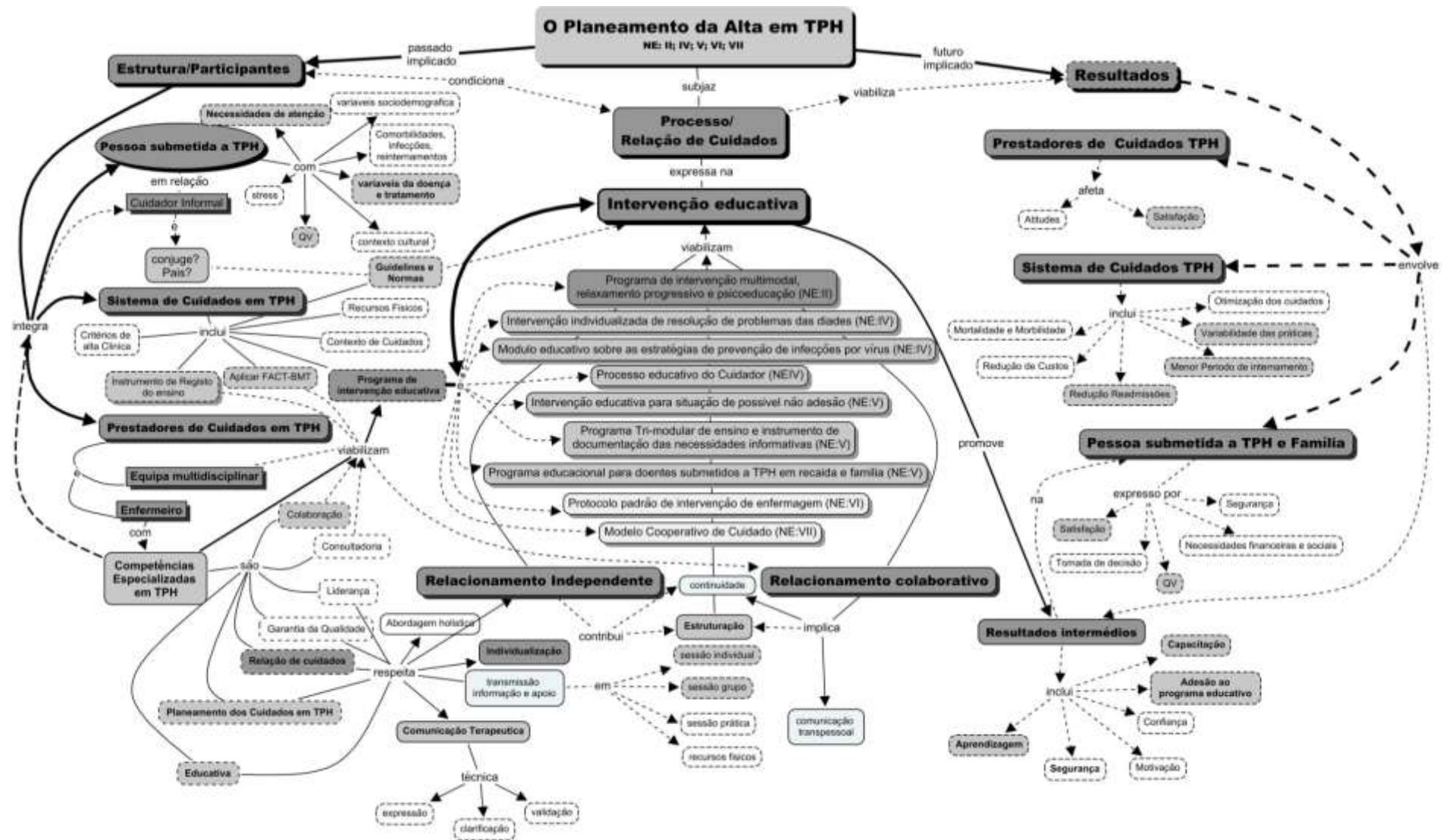
o desenvolvimento do conhecimento rigoroso relativo ao fenómeno em estudo, incluindo, para a prática baseada na evidência.

Apesar das limitações denunciadas, foi possível obter, mediante metodologia de revisão integrativa, resultados que enunciam fatores associados à intervenção prática educativa no planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH, e que auxiliam na compreensão dos significados psico-socio-culturais dos processos de saúde e doença associados à pesquisa, enquadrados no modelo de Qualidade Cuidado ©, (2003). Decorrente de um ciclo dinâmico de possibilidades para a prática de cuidados visando a excelência, são associados: resultados intermediários, como diminuição da ansiedade, aumento do conhecimento sobre cuidados após TPH, adesão ao tratamento; e resultados finais, que afetam o futuro, como o aumento da qualidade de vida, diminuição de readmissão hospitalar, satisfação com o cuidado e diminuição dos custos. Tal como já havia sido enunciado, é essencial para a qualidade dos cuidados de saúde construir um enquadramento baseado na evidencia para as relações de cuidados, construindo pontes entre teoria e ação, (Duffy e Hoskins, 2003).

Visando a representação do estado da arte do conhecimento no campo da pesquisa, e cujas evidências foram alvo de categorização mediante implicação do Modelo Qualidade Cuidado© (2003), usufruímos das utilidades do instrumento informático CmapTools® e constituímos um mapa conceptual apresentado na **Figura 4**. Corroboramos com a percepção de Damásio (2010), que defende o seu papel fundamental para uma gestão sofisticada, apoiando também a função de representação do conhecimento que Novak (2000) lhe atribui.

Estão salientados no mapa (com gradação ou cor mais escura) os contributos e relações com classificação de evidência mais elevada, ou que mais frequentemente foram referências, similarmente ou coincidentemente, por diversos estudos. Estes consideram-se de maior significado para fundamentar a prática baseada na evidência, introduzindo a fundamentação para a elaboração de norma de boa prática de cuidados, indicando critérios de avaliação respeitantes à intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH, especificamente no contexto onde decorreu a implementação do projeto de intervenção. Estas evidências justificam a sua expansão em contexto de prestação de cuidados, podendo ser dinamizado noutros contextos.

Figura 4 – Mapa do Cuidado para Regressar a Casa: Mapa conceptual da representação de evidências científicas da intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, categorizadas à luz do Modelo Qualidade Cuidado© (2003)



- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações gerais sobre o percurso formativo realizado:

Considerando o presente mapa para compreender o estado atual de aprendizagem, chegamos ao ponto que permite atentar ao território dominado.

O olhar sobre o ombro, declinando o plagio cometido, é a atitude mais pertinente neste ponto do itinerário, onde conseguimos ainda alcançar a posição de partida, e fitar o trajeto que concretizamos e que, inicialmente, aparentava ser de mapeamento complexo, mas, simultaneamente, desafiante. Percorremos as coordenadas com interesse pessoal e profissional. Expusemos a vertente prática, criativa e colaborativa, ao fomentar a abordagem de aprendizagem baseada em projeto, solucionando um problema no contexto da atividade profissional de prestação de cuidados especializados, que versou a criação de um instrumento de verificação e orientação do ensino respeitante aos cuidados no período após TPH. Contudo, porque o movimento no eixo temporal é constante, a expansão da intervenção na área problemática é fundamental, sendo para isso necessário a atualização científica.

Agora, olhando em frente, é possível vislumbrar os pontos do mapa que marcam o alcance das metas inicialmente traçadas, nomeadamente, no que diz respeito à intenção de assegurar a continuidade do desenvolvimento da qualidade da prestação de cuidados de enfermagem, e consequentemente da qualidade de vida da Pessoa submetida a TPH e respectiva família. O patrocínio deste percurso esteve a cargo das adequações formativas ocorridas no seio do ciclo de formação em EMC do ESS-IPS, adaptados ao Processo de Bolonha, combinado com o objetivo de desenvolvimento das competências de Mestre em EMC, o qual, especificamente, faz uso de capacidades de investigação apropriadas para melhorar e fazer evoluir a prática, e que consideramos ter sido mote neste trajeto mapeado. Prova disto, é a investigação de evidências científicas que baseiam a prática de cuidados no âmbito do fenómeno problemático primariamente delimitado e trabalhado como campo de intervenção em projeto - A intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta hospitalar da Pessoa submetida a TPH, compondo cientificamente este trabalho intitulado: *Mapear o Cuidado para Regressar a Casa*.

Considerações Particulares relativas ao desenvolvimento do Trabalho de investigação:

- Mapear o Cuidado para Regressar a Casa: A Qualidade da Intervenção Educativa de Enfermagem no Planeamento da Alta da Pessoa Submetida a Transplante de Progenitores Hematopoiéticos -

Posto isto, neste percurso de mapeamento, e após a análise e discussão dos resultados obtidos, neste capítulo, explanam-se de forma sintética, as conclusões gerais do estudo intercedido por limitações e constrangimentos.

Em primeiro lugar, importa refletir sobre os objetivos delineados para este estudo que justificaram a implementação da metodologia de revisão integrativa, que foi conduzida pela questão de partida: Quais são as evidências científicas, disponíveis e publicadas, relativas aos fatores implicados na intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta hospitalar da Pessoa submetida a TPH?

De acordo com o referencial teórico, são notórios os esforços recentes em estudar a qualidade inerente aos processos ou relações em saúde de forma a intervir potenciando resultados positivos; Consta ainda, que o contexto de prestação de cuidados em TPH, nosso contemporâneo, tem vindo a ser uma área de vigorosa investigação, mas com resultados ainda pouco representativos desse campo específico do conhecimento, onde são aplicadas várias metodologias de investigação, como forma de explorar os fenómenos associados, inerentemente complexos. Disto são representativos os dados da amostra: um total de 21 artigos científicos pesquisados em bases de dados, e submetidos a critérios booleanos, no âmbito da problemática explanada, que visou representar o conhecimento da última década, pelos motivos antes expostos. É verificado um aumento de publicações a partir do ano de 2007, constando a abordagem predominantemente descritiva, exploratória e qualitativa, para compreender e conhecer os fatores a ele associados.

Considerando os mencionados dados, a metodologia de revisão integrativa surge como uma possibilidade de combinar os diversos contributos dos investigadores que divulgam os resultados dos seus estudos científicos, cooperando para definir o estado da arte relativamente ao campo em estudo, mas simultaneamente, para o desenvolvimento do respetivo conhecimento científico.

Permite, também, conhecer os profissionais que estudam o assunto de interesse, e quais os contextos impulsionadores do desenvolvimento deste campo de conhecimento; é reconhecida a maior expressividade desta investigação no contexto dos EUA, comparativamente à frequência de estudos diligenciados na Europa, e que poderiam ter maior sensibilidade para o contexto português; resulta, assim, a pertinência de desenvolver estudos aplicando o método etnográfico, visando a sensibilidade das evidências adequadas ao contexto sociocultural.

Este tipo de revisão é significativa, e a sua realização consiste na possibilidade de oferecer subsídios para a implementação de modificações que promovam a qualidade das condutas de

cuidados de enfermagem por meio de modelos de pesquisa. Entendemos que este método se insere na abordagem baseada em evidências, visto que na disciplina de Enfermagem e em respeito pela presente problemática há poucos estudos experimentais, impossibilitando a realização de outro tipo de revisão, onde são assegurados os critérios de rigor científico do desenho da investigação. Assim, resta notar que a considerar estes resultados subjugados à classificação de NE proposta por Melnyk e Fineout-Overholt (2005), consideramos evidência de alta confiabilidade derivada de um estudo classificado com evidência forte, incorporando resultados de outros, cuja confiabilidade é moderada ou fraca.

A amostra de estudos selecionados após aplicação da metodologia de pesquisa sistemática integrativa, embora não seja muito numerosa para o período de tempo investigado, expõe uma grande variabilidade de dados e resultados que compõem evidência sensível para o estudo da problemática e que são condicionados em forma de resumo em grelha Matriz para simplificar a sua análise, pressupondo o alcance do primeiro objetivo delineado. Versaram, nessa matriz, dados de identificativos das pesquisas (primária ou secundária), focando resumidamente os diversos aspetos do tema focados nos estudos, enunciando a relação com os contextos socioculturais e científicos em que se inserem. Associaram-se as descrições das várias metodologias aplicadas para o seu estudo, aludindo, se possível, a critérios de rigor científicos adotados ou controlo de vieses implementado, que estavam pouco explícitos.

Para facilitar a relação das diversas evidências colhidas que aludem os múltiplos fatores implicados no relacionamento de cuidados investigado, mas apresentadas em contextos pontuais, foram integradas à luz conceptual do Modelo Qualidade Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003), contribuindo para o alcance do segundo objetivo delineado.

Esta conceptualização promoveu a discussão e inclusão das evidências provenientes de vários estudos (alguns que apenas focam um componente específico do processo de cuidados), em categorias: Estrutura/participantes, Processo/Relação de Cuidados, Resultados intermédios (Sentir-se Cuidado) e Resultados Futuros. Porque o modelo teórico especifica o tipo de relações e respetivos atributos que contribuem para a qualidade dos cuidados de saúde, a abordagem dedutiva e indutiva conduziu ao estabelecimento de relações entre os fatores apurados, categorizados e sintetizados, fomentando a exploração das relações entre as qualidades do processo de cuidados em estudo, resultando no desenvolvimento de uma compreensão mais alargada relativamente aos fatores implicados na qualidade da intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH. Surge neste ponto, o risco de exceder na generalização, para melhor

compreensão do fenómeno, a partir de evidências pontuais sobre fatores associados à intervenção educativa em estudo.

Decorrente desta conceção compreensiva, e com vista à orientação da prática clínica na intervenção educacional realizada pelo enfermeiro, foram destacados os principais resultados da síntese de revisão integrativa elaborada, com categorização conceptual alicerçada no modelo da Qualidade-Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003), constituindo um mapa representativo das qualidades das evidências e respetivas relações com vista a resultados intermédios que visa “sentir-se Cuidado” e resultados futuros. Constan salientados no mapa (com gradação ou cor mais escura) os contributos e relações com classificação de evidência mais elevada, ou que mais frequentemente coincidiu nas referências dos diversos estudos, e por isso considerados com maior relevância. Esta estratégia, implicando o recurso ao software CmapTools®, é vantajosa porque visa uma representação conceptual da complexidade do fenómeno, sublinhando os fatores que têm conexão com resultados de qualidade do processo em causa. Dentro do rigor científico possível e confiabilidade dos dados e metodologia científica seguida neste estudo, é alicerçada a prática baseada na evidência, proposta para dar continuidade à etapa subsequente à aprendizagem baseada em projeto, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.

Sintetizando os principais resultados, apura-se o enfermeiro, detentor de competências específicas em TPH, como principal promotor da intervenção educativa, e que compreende na intervenção, a Pessoa submetida a TPH e respetivo cuidador informal. São salientadas as competências comunicacionais terapêuticas e de apoio do enfermeiro, no estabelecimento da relação independente, cujas evidências salientam que deve ser individualizada, considerando o contexto total do doente. É ainda salientada a competência de colaboração para estabelecer relações colaborativas de cuidados com equipa multidisciplinar, visando a intervenção educativa, com resultados na aprendizagem, capacitação e adesão ao tratamento quando é estruturada, assumindo a forma de programa. Quanto aos resultados finais, estes fatores estão associados grandemente à satisfação, QV (que deve ser avaliada antes da submissão ao tratamento), diminuição de custos financeiros, pessoais e de recursos.

Salientamos que elaborar este trabalho se revelou uma tarefa complexa e exaustiva, a qual decorreu em simultâneo com as atividades e projetos profissionais, pelo que o processo de reflexão e a continuidade na elaboração do mesmo, foi acometido ao embargo por diversas vezes, o que

dificultou o posicionamento neste caminho interrompido e o retomar do percurso investigativo, dominado por algum grau de inexperiência perante o método científico.

Todavia, a descontinuidade deste trabalho em termos temporais, permitiu a inclusão de novos aportes científicos no referencial teórico, indisponíveis numa fase inicial da investigação. Trata-se de uma área do conhecimento em franca expansão, onde foi verificado o escasso material científico respeitante à problemática estudada, o que justifica o alargar do critério de inclusão de evidências científicas para o período entre 2000 e 2011.

Na ausência de um segundo investigador para a dupla verificação na análise dos dados (Fortin, 2003) e confirmação da fidelidade e rigor metodológico, a descontinuidade que ocorreu no trajeto do trabalho científico, possibilitou a realização da repetição dos testes de evidência em dois momentos diferentes e espaçados no tempo (Fevereiro e Maio de 2012), promovendo o distanciamento necessário e minimizando incoerências na análise da consistência e controlo de vieses dos estudos seleccionados, tendo sido confirmado sobremaneira os resultados obtidos na primeira análise de conteúdo.

Aponta-se como risco para o rigor científico no delineamento da pesquisa, as amostras pouco numerosas constantes nos estudos primários seleccionadas, a escassez de dados relativamente à metodologia de investigação implementada, critérios de consistência interna ou enunciação de vieses constantes aos estudos; seria recomendável o acesso aos relatórios integrais das investigações consideradas. Contudo, é notório o predomínio de estudos qualitativos e exploratórios/descritivos em relação aos estudos descritivo/preditivos, cuja classificação de NE é elevada.

Recomendações consequentes ao processo científico desenvolvido:

Por conseguinte, especificamente, na área estudada existe a necessidade de maior investimento em estudos com alto nível de evidência, como o desenvolvimento de revisões sistemáticas que assegurem a prática clínica baseada na evidência, bem como com uma estrutura metodológica melhor delineada.

Os desafios para futuras pesquisas estão relacionados com a busca de evidências científicas acerca do apoio prestado durante o período de preparação para alta da Pessoa submetida a TPH e aspetos específicos do contexto em TPH. É adequado investigar sobre o desenvolvimento de protocolos, escolha de métodos de ensino e influencia destes na aprendizagem e vida dos participantes, de forma a vincular a prática de cuidados às relativas evidências científicas e a

ampliar o conhecimento científico nas áreas de processo e resultados, e com menor expressão neste estudo.

Como pudemos concluir, o enfermeiro tem função vital no processo de apoio e educativo da pessoa submetida a TPH, pelo que é urgente no nosso contexto prático de prestação de cuidados de enfermagem promover a reflexão entre pares sobre a importância da função educadora dos enfermeiros na qualidade de vida da pessoa doente, adesão ao regime terapêutico e capacitação; A exposição do trabalho científico realizado pode ser vetor com papel contributivo no desenvolvimento de competências dos enfermeiros em TPH, ou para a discussão sobre a importância do projeto de intervenção implementado no STPH, e a oportunidade ou contributo que este representa para o desenvolvimento de um programa de educação da pessoa submetida a TPH, implicando as competências específicas do enfermeiro, com vista a melhorar a prática de educação neste contexto, apontando resultados intermédios e futuros.

O mapa de evidências fornece a representação figurativa para melhor identificação das relações entre os fatores implicados e a considerar nas diligências das práticas de enfermagem.

E, uma vez que a investigação só faz sentido quando efetuamos a sua difusão para outros contextos, pretendemos publicar o artigo científico concretizado para espelhar a presente revisão integrativa e se encontra em **Apêndice K** com o intuito de contribuir para a prática de enfermagem baseada na evidência, especificamente, no contexto de prestação de cuidados em TPH.

Finalizamos o nosso estudo com a consciência de que este constitui apenas um passo no grande mapa da vida e da profissão, com a certeza de que o mesmo constituirá como provocação para a investigação enquanto ferramenta de trabalho, visando a prática baseada na evidência.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia realizada de acordo com as Normas da American Psychology Association (APA)

1. ADRATT, E [et.al.], - Guidelines: Fundamentos Teóricos e Evolução Tecnológica dentro da Medicina - *Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Tecnologia em Saúde da PUCPR*. [s. l.], Disponível em <http://66.102.1.104/scholar?hl=pt-PT&lr=&q=cache:014r2DvU1ukJ:www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/791.doc>, acedido a 15.01.09, 10:00.
2. ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE, Ministério da Saúde, (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa, Alto Comissariado da Saúde.
3. APPELBAUM, F. [et.al.] (2011). *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation*. 4ª edição, Oxford: John Wiley & Sons, ISBN 9781444357455. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=dLsthWsAHk0C&pg=PT101&lpg=PT101&dq=thomas+et+al++a+history+of+bone+marrow+transplantation&source=bl&ots=gkVygZp50x&sig=fw0_Gzg uDDBhWpoJKCpyulsSGGo&hl=pt-PT&sa=X&ei=CwlpT4fcCszp8QOt-YGkCQ&sqi=2&ved=0CFgQ6AEwBQ#v=onepage&q=thomas%20et%20al%20%20a%20history%20of%20bone%20marrow%20transplantation&f=false>, acedido em 21.12.2011, 13:00.
4. APPERLEY, J. [et.al.] (2008) *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology.
5. ARENDS, R. (1995). *Aprender a ensinar*. Lisboa: Mcgraw-Hill.
6. BAHTSEVANI, C; WILLMAN, A.; STOLTZ, P.; ÖSTMAN, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines – interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 24(3): 514-522. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=b8c00ec9-9364-473d-9cf4-bfd89f3e6885%40sessionmgr110&vid=13&hid=111&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=52903432>>, acedido a 22.11.11, 12:00;
7. BALDOMERO H.; GRATWOHL M.; GRATWOHL A.; TICHELLI A.; NIEDERWIESER D.; MADRIGAL A.; FRAUENDORFER K. (2011). The EBMT activity survey 2009: trends over the past 5 years. *Bone Marrow Transplant*, 46(4): 485-501.
8. BARDIER, M. (1996). *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto Editora: Porto, 1996. ISBN 972-0-34106-8.

9. BARDIN, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70. ISBN 9724415066.
10. BENNER, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quartelo. ISBN 972-8535-97-X.
11. BERTALANFFY, LUDWIG von (1950). The theory of open systems in physics and biology. *Science*, vol.III:23-29.
12. BERTEANU, C. [et.al.] (2011). Update in Haematopoietic Stem Cell Transplantation. *Acta Médica Marisiensis*, 57(4):384-392.
13. BEVANS, M.; CASTRO, K.; PRINCE, P.; SHELBURNE, N.; PRACHENKO, O.; LOSCALZO, M.; ZABORA, J. (2010). An individualized dyadic problem-solving education intervention for patients and family caregivers during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33(2): E24-E32; Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=105&sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=20142739>> acedido a 4.01.2012;
14. BEVANS, M.; TIERNEY, D.; BRUCH, C.; BURGUNDER, M.; CASTRO, K.; FORD, R.; SCHMIT-POKORNY, K. (2009). Hematopoietic stem cell transplantation nursing: a practice variation study. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), E317-E325. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=12&hid=14>> acedido a 4.01.2012;
15. BISHOP, M.; RODRIGUE, J.; WINGARD, J. (2002). Mismanaging the gift of life: noncompliance in the context of adult stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 29(11): 875-880. Disponível em <http://www.medicine.ufl.edu/hemonc/fellowship/Reading_List/2006-2007%20BMT%20ARTICLES/QOL/Bishop,%20et%20al.,%202002%20noncompliance.pdf> acedido a 4.02.2012;
16. BOTELHO, L. [et. al.] (2011). O Método de revisão integrative nos estudos de revisão integrativa organizacionais. *Gestão e sociedade*. Belo Horizonte, 5(11):121-136. ISBN 19802756.
17. BRAY, L.; JORDENS, C.; ROWLINGS, P.; BRADSTOCK, K.; KERRIDGE, I. (2011). The long haul: Caring for bone marrow transplant patients in regional Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 29(1): 5-13. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=14&hid=14>>, acedido a 4.01.2012;

18. BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crônicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
19. BURT K. (2007). *The relationship between nurse caring and selected outcomes of care in hospitalized older adults*. Dissertação de Doutoramento, Catholic University of America. Disponível em <CINAHL Plus with Full Text>, acedido em 21.12.2011, 14:23.
20. CANÁRIO, R. (2003). *Formação e situações de trabalho*. 2ª Edição, Porto: Porto Editora. ISBN 972 0 01115 7.
21. CASTRO, B.; RICARDO, M. (2003). *Gerir o trabalho de projecto: guia para a flexibilização e revisão curriculares*. 7ª edição, Lisboa: Texto. ISBN 972-47-1725-9.
22. CHABANNON C.; MCGRATH, E. (2012). *Jacie & quality management in HSCT*.
23. CHICK, N.; MELEIS, A. (1986). Transitions: a nursing concern. *Nursing Research Methodology*. Pennsylvania: University of Pennsylvania, cap.18: 237-256.
24. COLLIÈRE, M. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-95420-0-7.
25. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2*. 2.ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-5-3.
26. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Versão 1.0. 3.ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8.
27. COOK D.; GREENGOLD N.; ELLRODT A.; WEINGARTEN S. (1997). The relation between systematic reviews and practice guidelines. *Ann Intern Med*.127(3):210-6.
28. COOKE, L.; GEMMILL, R.; GRANT, M. (2008). Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention. *Clinical Nurse Specialist*, 22(5): 218-225.
29. COOPER, H. (1982). Scientific Guidelines for Conducting Integrative Literature Reviews: 1-22. Disponível em <<http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED216032.pdf>>, acedido a 22.11.11, 22:00;
30. CORDINNIER, C. (2008). Infections after HSCT. In: *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology.
31. COSTA, E.; SOARES, A.; FERREIRA, L. (2009). The Bologna Process Implementation and its Consequent Changes in the Teaching/Learning Model—the Industrial Management and

- Engineering Degree Case. AIP Conference Proceedings, 1181(1), 731-737. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=65f8030f-f6f7-4692-93a9-30ba75b97df4%40sessionmgr111&vid=1&hid=104>>, acessado a 21.01.2012, 20:13.
32. COUNCIL OF EUROPE AND EUROPEAN COMMISSION (2000). *T-Kit Project Management*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Disponível em < http://youth-partnership-eu.coe.int/youth-partnership/documents/Publications/T_kits/3/content.pdf>, acessado a 12.3.2012, 13:00.
 33. DALE, G. (2003). *Managing Quality*. 4ª edição. Wiley-Blackwell: s.l. ISBN 9780631236146.
 34. DAMÁSIO, A. (2010). *O livro da Consciência: a construção do cérebro consciente*. Maia: Círculo de Leitores. ISBN: 978 989 644 120 3.
 35. DARR, K. (2007). Quality Improvement: The Pioneers. *Hospital Topics*, 85(4), 35-38. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=54488b26-cf96-4eb7-8b02-640f6b802dd4%40sessionmgr12&vid=1&hid=119>>, acessado a 23.03.2012, 13:00.
 36. Declaração de Alma-Ata (1978). *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*.
 37. DECRETO-LEI n.º 161/96, (04.09.1996), alterado pelo DECRETO-LEI n.º 104/98, (21.04.1998) - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Conselho de Ministros, 1998. Disponível em < <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>>, acessado a 25.01.09, 23:00.
 38. DECRETO-LEI nº104/98, de 21 de Abril do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, que regulamenta o Código Deontológico do Enfermeiro nele incluso;
 39. DEGANI A, WIENER, E. (1993). Cockpit LVs: concepts, design and use. *Human Factors*, 35: 28 - 43. Disponível em <<http://ti.arc.nasa.gov/m/profile/adegani/Cockpit%20LVs.pdf>>, acessado a 22.11.11, 22:00;
 40. DEGANI, A.; WIENER, E. (1990). Human Factors of Flight – *Deck LVs- The normal LV* – Miami: May 1990. Disponível em <<http://ti.arc.nasa.gov/m/profile/adegani/Human%20Factors%20of%20Flight-Deck%20LVs.pdf>>, acessado a 23.11.11, 23:00;
 41. DEMMING, W. (2000). *Out of the crisis*. MIT Press: Massachusetts. ISBN 9780262541152.

42. DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM, ESS-IPS (2011). *Fundamentos, enquadramento e roteiro normativo do trabalho de mestrado*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.
43. DEPARTMENT OF HEALTH, WESTERN AUSTRALIA (2008). *Psycho-Oncology Model of Care*. Perth: WA Cancer and Palliative Care Network, Department of Health, Western Australia.
44. DESPACHO n.º 9871/2010, Diário da República n.º 112, Série II de 11 de Junho de 2010;
45. DONABEDIAN A. (1986). La investigacion sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública Mex*, 28:324-327 in HUMEL C. [et. al.] (2001). *Rev Calidad Asistencial*, 16: S64-S66.
46. DONABEDIAN A. (1988). The quality of medical care: how can it be assessed? *JAMA*, 260:1743-8, in HUMEL C. [et. al.] (2001). *Rev Calidad Asistencial*, 16: S80-S87.
47. DONABEDIAN A. (1990). The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 260:1115-1118, in HUMEL C. [et.al.] (2001). *Rev Calidad Asistencial*, 16: S96-S100.
48. DONABEDIAN A. (1993). Quality in Health care: Whose responsibility is it? *AMJ Med Qua*, 8:32-36 in HUMEL C. [et.al.] (2001). *Rev Calidad Asistencial*, 16: S107.
49. DONABEDIAN, A.; BASHSHUR, R. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. [s.l.]. [s.d.] Edição de Oxford University Press US. ISBN 0195158091, 9780195158090
50. DUFFY, J. (2009). *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education and leadership*. Kindle edition, New York: Springer Publishing Company. ISBN 9780826121288.
51. DUFFY, J.; HOSKINS L. (2003). The Quality-Caring Model©: blending dual paradigms. *Advanced Nurse Science*, 26(1):77-88.
52. DUFFY, J.; HOSKINS, L. (2003). Caring relationships and evidence-based practice: can they coexist?. *International Journal for Human Caring*, 7(3): 45-50. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=dfcf110c-51c1-486d-990f-9d5ee3d92b67%40sessionmgr14&vid=3&hid=122>>, acessado a 22.10.2011.
53. ECO, U. (2010). *Como se faz uma tese em ciências humanas*. 16ª Edição, Barcarena: Editorial Presença.
54. FARSI, Z.; DEGHAN NAYERI, N.; NEGARANDEH, R. (2010). Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 12(4): 485-492. Disponível em

- <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=10&hid=14>>, acessado a 2.02.2012;
55. FAWCETT, J. (1992). Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 17(2): 224-228. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=16&hid=105&sid=d702e58a-7837-4d78-950a-ea91fb8c33a0%40sessionmgr13>>, acessado a 3.2.2012, 23:30.
 56. FERGUSON, P.; JORDENS, C.; GILROY, N. (2010). Patient and family education in HSCT: improving awareness of respiratory virus infection and influenza vaccination. A descriptive study and brief intervention. *Bone Marrow Transplantation*, 45(4), 656-661. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=8&hid=14>> acessado a 2.02.2012;
 57. FERMINO, T.; CARVALHO, E. (2007). A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 287-295.
 58. FERNANDES, S. (2010). *Aprendizagem baseada em projectos no contexto do ensino superior: avaliação de um dispositivo pedagógico no ensino de engenharia*. Tese de Doutorado em Ciências da Educação. Braga: Universidade do Minho.
 59. FERNANDES, S.; FLORES, M.; LIMA, R. (2010). A aprendizagem baseada em projectos interdisciplinares: avaliação do impacto de uma experiência no ensino de engenharia, *Avaliação, Campinas*. São Paulo, 15(3): 59-86. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/aval/v15n3/04.pdf>>, acessado a 23.02.2012, 12:00.
 60. FERNSLER, J.; CANNON, C. (1991). The whys of patient education. *Seminars In Oncology Nursing*, 7(2), 79-86. ISSN: 0749-2081.
 61. FERRANCE, E. (2000). *Action Research*. Providence: Brown University.
 62. FORD, R., WICKLINE, M. (2011). Nursing role in Hematopoietic Cell Transplantation. In: APPELBAUM, F. [et. al.] (2011). *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation*. 4ª edição, Oxford: John Wiley & Sons, ISBN 9781444357455. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=dLsthWsAHk0C&pg=PT101&lpg=PT101&dq=thomas+et+al++a+history+of+bone+marrow+transplantation&source=bl&ots=gkVygZp50x&sig=fw0_Gzg uDDBhWpoJKCpyulsSGGo&hl=pt-PT&sa=X&ei=CwlpT4fcCszp8QOt-YGkCQ&sqi=2&ved=0CFgQ6AEwBQ#v=onepage&q=thomas%20et%20al%20a%20history%20of%20bone%20marrow%20transplantation&f=false> acessado em 22.02.12, 14:00.

63. FORD, R.; WICKLINE, V. (2009) Nursing Role in Hematopoietic Cell Transplantation. In: APPELBAUM, T.; JORMAN, S.; NEGRIN, R.; BLUME, K. (2009). *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation*. 4ª edição: Blackwell Publishing. ISBN: 9781405153485.
64. FORTIN, F. (2003). *Processo de Investigação: Da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
65. FRAGATA J.; MARTINS L. (2004). *O Erro em Medicina*. Coimbra. Livraria Almedina. ISBN 9789724023472
66. GALVÃO C.; SAWADA N.; TREVIZAN M. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 12(3):549-56.
67. GAMEIRO, M. (2003). A enfermagem ciência e arte... e a investigação. *Referência* (10): 5-15. Disponível em <http://www.esenfc.pt/esenfc/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=39&id_rev=5&id_edicao=11>, acessado a 22.02.2012, 15:00.
68. GARAIZAR, C. [et. al.] (1999) Sobre protocolos, pautas y guias de la práctica clínica – *Revista de Neurologia*. [s.l.] vol. 29: 11 p.1089-1092. Disponível em <<http://www.revneurol.com/sec/resumen.php?or=web&i=e&id=99306>>, acessado a 24.01.09, 10:00;
69. GLUCKMAN, E. [et.al.] (2008). *Sources and procurement of stem cells*. In: *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology, Chapter 5.
70. GRANT, M.; COOKE, L.; BHATIA, S.; FORMAN, S. (2005). Discharge and unscheduled readmissions of adult patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: implications for developing nursing interventions. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), E1-E8. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ceea59d-f72b-4b3b-a500-ddec5d88f0b2%40sessionmgr115&vid=2&hid=123>> acessado a 22.02.2012;
71. GRATWOHL, A. (2008). Principles of Conditioning. In: *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology, Chapter 6.
72. GRATWOHL, A.; CARRERAS, E. (2012). Principles of conditioning. In: *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology, Chapter 8.
73. GREEN S, MCDONALD S. (2005). Cochrane Collaboration: more than systematic reviews? *Intern Med J*. 35(1): 4-5.
74. GREEN S., HIGGINS J. (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. England: Wiley-Blackwell.

75. GRIMM, P.; ZAWACKI, K.; MOCK, V.; KRUMM, S.; FRINK, B. (2000). Caregiver Responses and Needs. *Cancer Practice*, 8(3), 120-128. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7d396f0c-ef87-486e-ad36-1c5f0bcdda48%40sessionmgr12&vid=15&hid=111>> acedido a 4.02.2012;
76. GRIMMER, K.; MOSS, J. (2001). The Development validity and application of a new instrument to assess the quality of discharge planning activities from the community perspective. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(2): 109-116.
77. GRUBER, U.; FEGG, M.; BUCHMANN, M; KOLB, H.; HIDDEMANN, W. (2003). The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *European Journal of Cancer Care*, 12(3), 249-256. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=40&hid=13>> acedido a 12.02.2012;
78. HEINONEN, H; VONIN, L.; ZEVEN, M.; UUTELA, A.; BARRICK, C.; RUUTU, T. (2005). Stress among allogeneic bone marrow transplantation patients. *Patient Education and Counselling*, 56: 62-71. Disponível em <http://www.medicine.ufl.edu/hemonc/fellowship/Reading_List/2006-2007%20BMT%20ARTICLES/QOL/Heinonen,%20et%20al%202005.pdf> acedido a 22.02.2012;
79. HENDERSON, V (2006). The concept of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1): 21-31. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7caaa2ae-e26f-4070-b13e-9b90f38b0cd1%40sessionmgr15&vid=11&hid=122>>, acedido a 20.11.2011, 21:00.
80. HEXNER, E.; EMERSON, S. (2008). Stem Cell Biology. In: SOIFFER, R. (2008). *Hematopoietic Stem Cell Transplantation Contemporary Hematology*. 2ª edição, Boston: Springer. ISBN 9781934115053.
81. INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2012). *Closing the gap from evidence to action*. Geneve: ICN. ISBN 978-5295097758.
82. IRVINE, D.; SIDANI, S.; HALL, L. (1998). Finding value in nursing care: a framework for quality improvement and clinical evaluation. *Nursing Economic*, 16(3), 110. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1a1c752a-a764-49dd-befd-0901f40ede4c%40sessionmgr13&vid=3&hid=122>>, acedido em 25.02.2012, 20:00.
83. JARDEN, M.; HOVGGAARD, D.; BOESEN, E.; QUIST, M.; ADAMSEN, L. (2007). Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients

- undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 40(8), 793-800. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=31&hid=14>> acessado a 3.02.2012;
84. JOINT COMISSION on ACCREDITATION of HEALTHCARE ORGANIZATIONS (JCAHO). Disponível em <http://www.jointcommission.org/accreditation/accreditation_main.aspx>, acessado em 13.02.2012, 15:00.
 85. KANT, I. MEIKLEJOHN, J (2011). *The critique of pure reason*. Amazon Whispernet. E-book.
 86. KEMP, J. (2002). Interdisciplinary Modular Teaching for Patients Undergoing Progenitor Cell Transplantation. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 6(3), 1-4. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=113&sid=7d396f0c-ef87-486e-ad36-1c5f0bcdda48%40sessionmgr12>> acessado a 3.02.2012;
 87. KILLEEN, M.; KING, I. (2007). Viewpoint: use of King's conceptual system, nursing informatics, and nursing classification systems for global communication. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications: The Official Journal of NANDA International*, 18(2), 51-57. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=13242ddb-fdc3-4d2d-b730-b6762b43ef08%40sessionmgr15&vid=3&hid=111>>, acessado a 23.03.2012, 20:17.
 88. KIRSCH M.; CROMBEZ P.; CALZA S.; EELTINK C.; JOHANSSON E. (2011). Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: A survey from the Nurses Group of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. *Bone Marrow Transplant*: 1-3. Disponível em <<http://www.nature.com/bmt/journal/vaop/ncurrent/full/bmt2011223a.html>>, acessado a 22.02.2012;
 89. KISS, A.; KAINZ, M. (2008). Psychosocial aspects of HSCT. In: *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology, Chapter 16.
 90. KITTO, S. (2010). Evidence-based LVs: intended and unintended consequences for interprofessional care. *Journal of Interprofessional Care*. Toronto, 24(6): 609-611. ISSN 1356-1820;
 91. KLOPPER, R.; LUBBE, S.; RUGBEER, H. (2007). *The matrix method of literature review*. Alternation, Cape Town, 14(1): 262-276. Disponível em <<http://alternation.ukzn.ac.za/docs/14.1/12%20Klopper%20.pdf>>, acessado a 28.2.2012, 22:00.

92. KNOFF, K. (2011). Core Competencies for Bone Marrow Transplantation Nurse Practitioners. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 15(1), 102-105. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=62f8f062-65e2-43cf-b4d8-7eb50f18ae8b%40sessionmgr110&vid=2&hid=104>>, acedido a 24.12.2011;
93. KNOWLES, M. (1980). My farewell address ... andragogy, no panacea, no ideology. *Training and Development Journal*, 34(8), 48. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=410a5732-c1be-4029-ba4a-3cf0d301e94d%40sessionmgr11&vid=1&hid=18>>, acedido a 15.11.2011, 21:00.
94. KOVACS, M. FRANCO, M.; CARVALHO, V. (2008). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Grupo Editorial Summus. ISBN 8532303838. Disponível em <<http://books.google.pt/books?id=YWOleiAUmIQc&printsec=frontcover&hl=pt->>, acedido a 28.2.2012, 22:00.
95. LANG, N. (2003). Reflections on Quality Health Care. *Nursing Administration Quarterly*. Lippincott Williams & Wilkins Inc., 24(4):266-272.
96. LARRET, S. M. (2009). Discharge Readiness: An Integrative Review Focusing on Discharge Following Pediatric Hospitalization. *Journal For Specialists In Pediatric Nursing*, 14(4), 245-255. Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=3c92cb39-f98a-493c-a804-c7f7edd9da37%40sessionmgr11&vid=1&hid=111>>, acedido a 24.02.2012, 13:00.
97. LEITE, E.; MALPIQUE, M. e SANTOS, M. (1989). *Trabalho de Projecto I – Aprender por Projectos Centrados em Problemas*. Porto: Edições Afrontamento.
98. LEVINSON, D. (1977). *The seasons of a man's life*. New York: Alfred A. Knof
99. LISSON, G.; RODRIGUE, J.; REED, A.; NELSON, D. (2005). A Brief Psychological Intervention to Improve Adherence Following Transplantation, *Annals of Transplantation*. Gainsville: 10(1):52-57.
100. LJUNGMAN P., U.; CAVAZZANA –CALVO M. *et. al.* (2006) Allogenic and autologous transplantation for heamatological diseases, solid tumours and immune disorders: Definitions and current practice in Europe. *Bone Marrow Transplant*, s.d. 37, p.439-449.
101. LOHR, N.; FIELD, M. (1992). Guidelines for clinical practice: from development to use. National Adademies Press: Washington D.C., ISBN 9780309045896. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=tAUNI8JBuOMC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_atb#v=onepage&q&f=false>, acedido a 10.02.2012, 14:12.

102. LOPES, M. (1999). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: alguns dados e implicações*. Gráfica 2000. ISBN 972-98149-0-2;
103. LOPES, M. (2006). *A relação Enfermeiro- Doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 97284856X;
104. LORIG K.; HOLMAN H. (2003). Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioural Medicine*, 26(1), p.1-7;
105. LUBBE, S.; RUGBEER, H.; KOPPER, R. (2007). The matrix method of literature review. *Alternation*, 14(1):262-276. ISSN 1023-1757.
106. LUSARDI, M.; LEVANGIE, P.; FEIN, B. (2002). A problem-based learning approach to facilitate evidence-based practice in entry-level health professional education. *Journal Of Prosthetics & Orthotics (JPO)*, 14(2), p. 40-50. Disponível em: <http://www.oandp.org/jpo/library/2002_02_040.asp> a 28.2.2012, 22:00.
107. MADRIGAL, A.; SUREDA A., [et.al.] (2012). The EBMT activity survey 1990-2010. *Bone Marrow Transplantation*. July, 47:906-923. Disponível em: <<http://www.nature.com/bmt/journal/v47/n7/full/bmt201266a.htm>>I acedido a 28.8.2012, 21:00.
108. *Manual UTM I. Regulamento e Normas da UTM, Normas IPOFG*. Lisboa: [s.n.], [s.d.].
109. *Manual UTM II: objectivos, instalações, recursos humanos, assiduidade, formação, avaliação*. Lisboa: [s.n.], [s.d.].
110. MARBLE, S. (2009). Five-Step Model of Professional Excellence. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Phoenix, 13(3):310-315.
111. MATEUS, M. (2011). Metodologia de trabalho de Projeto: nova relação entre saberes escolares e os saberes sociais. Eduser, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação, 3(2):3-16. ISSN 1645-4774.
112. MELEIS, I. (2011). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. 5ª edição, Pennysilvania: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-605-47-211-9. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=kPdB1vU1c1YC&hl=pt-PT&source=gbs_navlinks_s>, acedido a 20.11.11, 11:00.
113. MELNYK B.; FINEOUT-OVERHOLT E. (2005). Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK B.; FINEOUT-OVERHOLT E. *Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins: 3-24. ISBN1605477788.

114. MENDES K.; SILVEIRA R.; GALVÃO C., (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 17(4): 758-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>, acessado a 21.2.2012, 23:00.
115. MEYER, D. [et.al.] (1998). *Marca das Diversidade: Saberes e Fazeres da Enfermagem Contemporânea*. [s.l.], São Paulo: Editora Artes Médicas. ISBN: 85737370.
116. MISHEL, M.; CLAYTON, M.; BELYEA, M. (2006). Testing a model of symptoms, communication, uncertainty, and well-being, in older breast cancer survivors. *Research In Nursing & Health*, 29(1). p. 18-39. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=27354976-5168-4fdb-93b0-b900fbc66c0b%40sessionmgr112&vid=7&hid=105>>, acessado a 12.11.2011, 20:00.
117. MITCHELL P. [et. al.] (1998). Quality Health outcomes model. *Image Journal Science*, 30(1): 40-6.
118. MONTEIRO C., MOREIRA M., OLIVEIRA E., MOURA M., COSTA J. (2010). Pesquisa-ação: contribuição para prática investigativa do enfermeiro. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) mar;31(1): 167-74.
119. MOURA, D.; BARBOSA, E. (2006). *Trabalhando com Projetos – Planejamento e Gestão de Projetos Educacionais*. Editora Vozes: Petrópolis-RJ.
120. MUELLER, P.; GLENNON, C. (2007). A nurse- developed Prechemotherapy education LV. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. [s.l.]. 11(5): 715-719.
121. MUMBY, P. [et.al.] (2011). Predictors of non-compliance in autologous hematopoietic SCT patients undergoing out-patient transplants. *Bone Marrow Transplant*, 47(4):556-61. NETO, I.; BARBOSA, A (2006) Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa : Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
123. NOVAK J. (2000). *Apreender, criar e utilizar o conhecimento: Mapas ConceptuaisTM como ferramentas de facilitação nas Escolas e Empresas*. Lisboa: Plátano Edições. ISBN 972 707 279 8.
124. NOVAK, J. (2000). *Apreender, criar e utilizar o conhecimento: Mapas conceptuais TM como ferramentas de facilitação nas escolas e empresas*. Lisboa: Plátano Editora. ISBN 972 707 279 8.
125. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem, 16 p.

126. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados, Julho. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf>, acedido a 11.11.11, 12:00.
127. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). Desenvolvimento profissional. Individualização das especialidades em Enfermagem. Disponível em: <<http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/MDPIndividualizacaoEspecialidades.pdf>>, acedida a 02.01.2010, 10:00.
128. OREM, D. (1962). The hope of nursing. *Journal Of Nursing Education*, 15-7. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=5e12e086-60b9-4768-a7d4-73567bc98db5%40sessionmgr14&vid=8&hid=7>>, acedido a 3.03.2012, 20:15.
129. PAPANICOLAS, I.; SMITH, P.; MOSSIALO, E. (2008). Principles of performance measurement. *Euro Observer*, Brussels: 10(1): 1-4;
130. PARSE, R. (1999). Nursing Science: The transformation of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 30(6):1383-1387.
131. PELLEGRINI, D. (2009). Applied systemic theory and educational psychology: can the twain ever meet?. *Educational Psychology In Practice* 25(3): 271-286. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=70&hid=108&sid=ed926ba7-64a5-49e6-9c28-9b843f7d1a0f%40sessionmgr15>> acedido a 11.11.2011, 12:00.
132. PEPLAU, H. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermeria*. Barcelona:Salvat Editores.
133. PHANEUF, M. (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-78-3;
134. PIDALA, J.; ANASETTI, C.; JIM, H. (2009). Health-related quality of life following haematopoietic cell transplantation: patient education, evaluation and intervention. *British Journal Of Haematology*, 148(3), 373-385. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=17&hid=110>>, acedido a 3.02.2012;
135. PIMENTEL, F. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Edições Medina. ISBN 241078/06;
136. PONTES, L.; GUIRARDELLO, E.; CAMPOS, C. (2007). Demands for attention experienced by a patient in a bone marrow transplants unit. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 41(1), 154-160. Disponível em

<<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=18&hid=11&sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=17542140>> acedido a 3.02.2012;

137. PRASAD, S.; KLINGNER, J. (2011). Care transitions: Time to come home. *Upper Midwest Rural Health Research Center Report*. Minnesota. Disponível em <www.uppermidwestrhc.org>, acedido a 3.3.2012, 23:00.
138. PROJECT MANAGMENT INSTITUTE – PMI (2000). A guide to the Project management body of knowledge (PMBOK guide). Project management institute inc: Pennsylvania. ISBN 1880410230.
139. RAMALHO, A. (2005). *Manual para redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem metanálise – Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
140. ROY, C.; JONES, D. (2006). *Nursing Knowledge development and clinical practice*. Michigan: Springer Publishing Company. ISBN 9780826102997. Disponível em <http://books.google.pt/books?id=m9bLp0oF9BIC&pg=PT33&hl=pt-PT&source=gbp_toc_r&cad=4#v=onepage&q&f=false>, acedido a 4.02.2012, 12:15.
141. RUSSELL, C. (2005). An overview of the integrative research review. *Progress In Transplantation*, 15 (1), 8-13. Disponível em http://www.nitiphong.com/paper_pdf/phd/An%20overview%20of%20the%20integrative%20research%20review.pdf acedido a 24.11.11, 23:00.
142. RYCROFT-MALONE, J.; FOTENLA, M.; BICK, S. (2008). Protocol-based care: impact on roles and service delivery. *Journal of evaluation in clinical Practice*. 14(5), p.867-873. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea9b1440-870e-44e5-941f-901cf7b36b5d%40sessionmgr14&vid=1&hid=19>>, acedido a 22.11.11, 12:00.
143. SAMSON, D. (2008). JACIE Accreditation of transplant centres. In: *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology, Chapter 4.
144. SARIA, M.; GOSSELIN-ACOMB, T. (2006). Hematopoietic Stem Cell Transplantation: implications for critical care nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(1):53-63.
145. SCHMIT-POKORNY, K.; FRANCO, T.; FRAPPIER, B.; VYHLIDAL, R. (2003). The Cooperative Care Model: An Innovative Approach to Deliver Blood and Marrow Stem Cell Transplant Care. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 7(5), 509-556. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=41&hid=13>> acedido a 12.02.2012;

146. SIDANI, S.; DORAN, D.; MITCHELL, P. (2004). A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 60-65. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c1438b08-7a7c-43d3-a342-21b03b9e3d70%40sessionmgr12&vid=3&hid=12>>, acessado a 3.3.2012, 21:20.
147. SIVATHASAN, N. [et al] (2010). The World Health Organization's 'Surgical Safety LV': should evidence-based initiatives be enforced in hospital policy?. *Journal of Royal Society of Medicine*, 1(5 40), Disponível em <<http://shortreports.rsmjournals.com/content/1/5/40.full#sec-13>>, acessado a 24.11.11, 23:00.
148. SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein* (16794508), 8(1): 102-106. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=106f45d8-372b-48c0-a051-9733d4703236%40sessionmgr14&vid=1&hid=24>>, acessado a 21.2.2012, 12:00.
149. STONECYPHER, K.(2009). Creating a Patient Education Tool. *The Journal of Continuing Education in Nursing* · October · Vol 40, No 10 40(10), p.462-467;
150. THOMAS, E. (2011) A history of hallogenic Hematopoietic Cell Transplantation. In: APPELBAUM, F. [et.al.] (2011). *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation*. 4ª edição, Oxford: John Wiley & Sons, ISBN 9781444357455. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=dLsthWsAHk0C&pg=PT101&lpg=PT101&dq=thomas+et+al++a+history+of+bone+marrow+transplantation&source=bl&ots=gkVygZp50x&sig=fw0_Gzg uDDBhWpoJKCpyulsSGGo&hl=pt-PT&sa=X&ei=CwlpT4fcCszp8QOt-YGkCQ&sqi=2&ved=0CFgQ6AEwBQ#v=onepage&q=thomas%20et%20al%20a%20his tory%20of%20bone%20marrow%20transplantation&f=false> acessado em 22.02.12, 14:00.
151. TOMBLYN M, CHILLER T, EINSELE H, GRESS R, SEPKOWITZ K, STOREK J, WINGARD J., YOUNG J-A., BOECKH, M. (2009) Guidelines for preventing infectious complications among hematopoietic cell transplantation recipients: a global perspective. *Biol Blood Marrow Transplant*, 15:1143-238.
152. TORRACO, R. J. (2005). Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review*, 4(3), 356-367. Disponível em: <http://hrd.sagepub.com/content/4/3/356.full.pdf+html>, acessado a 22.2.2012, 14:00.
153. TULSKY, J. (2005). Interventions to enhance communication among patients, providers, and Families. *Journal of Palliative Medicine*. [s.l.]. vol. 8:1 p.S96-102. Disponível em <http://www.liebertonline.com/doi/pdf/10.1089/jpm.2005.8.s-95>, acessado a 01.11.2011, 21:00;

154. UDINA, E. (2007). *Enfermaria Oncohematológica*, 6º ed., Barcelona: Masson.
155. UNITED NATIONS (1948). Declaração universal dos direitos humanos. Disponível em <<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/por.htm>>, acessado a 21.12.2011, 21:00.
156. URSI, E. (2005). Prevenção de lesões da pele no perioperatório: Revisão integrativa da literatura. *Dissertação de Mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo*, Ribeirão Preto.
157. VENTURI, K. [et.al.] (2009). Modelo Qualidade-Cuidado ©: uma Mid-Range Theory de Enfermagem fundamentada em Watson e Donabedian. *Ciencia, Cuidado e Saúde*, 8(2):280-285.
158. VILELAS, J. (2009). *Investigação – o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: silabo. ISBN 9789726185574.
159. VU, V [et.al.] (2007). Patient education LV tool: implementing a method to provide consistent patient education. *Oncology Nursing Forum* . Vol.34, 2.
160. WATSON, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: O'Reilly Media, Inc. ISBN 9780870818981. Disponível em: <http://books.google.pt/books?id=AbDQHb2e0TEC&dq=watson+jean+caring+transpersonal&hl=pt-PT&source=gbp_navlinks_s>, acessado a 20.02.2012, 14:00.
161. WELDON, P. [et.al.] (2005). Improving patient care through patient-family education programs. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*. [s.l.]. Vol.83:1, p.21-27. Disponível em <<http://heldref-publications.metapress.com/app/home/contribution.asp?referrer=parent&backto=issue,4,6;journal,17,21;linkingpublicationresults,1:119927>>, acessado a 01.11.11, 21:00.
162. WHEDON, M. [et.al.] (1997). *Blood and Marrow Stem Cell Transplantation: Principles, Practice, and Nursing Insights* . 2ª ed., Edição de Jones & Bartlett Publishers. ISBN 0763703567.
163. WHITE-WILLIAMS, C. (2011). *Evidence-based practice and research: the challenge for transplant nursing*. *Progress In Transplantation*, 21(4), 299-305. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d74c82e8-f5a2-4cf2-aa58-7793b324f1bb%40sessionmgr113&vid=1&hid=123>>, acessado a 24.04.2012, 14:00.
164. WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Of Advanced Nursing*, 52(5): 546-553. Disponível em

- <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6c0bf751-2f05-48da-b54e-5e4ed53ee1c8%40sessionmgr11&vid=1&hid=123>>, acessado a 20.2.2012, 13:00.
165. WILLIAMS, L. A. (2007). Whatever It Takes: Informal Caregiving Dynamics in Blood and Marrow Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 379-387. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=33&hid=123>>, acessado a 3.02.2012;
 166. WILLIAMS, M. (2004). *Translation quality assessment: an argumentation-centred approach*. University of Ottawa Press: Ottawa. ISBN 9780776605845.
 167. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action*. Geneva: Who. ISBN 9241590173
 168. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003). *Adherence to long-term therapies - Evidence for action*. Geneve, WHO: 107-114.
 169. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006). *Quality of care: a process for making strategic in health systems*. Who Library Cataloguing-in-Publication Data: Genève. ISBN 9789241563246.
 170. YOON, S.; CONWAY, J.; MCMILLAN, M. (2006). An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(3), 129-135. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=33&hid=8>>, acessado a 21.12.2011;

Índice de autores

Addrat.....	55	Castro e Ricardo.....	23	Eco18, 19, 22, 23, 25, 27, 61,	
Alto Comissariado da Saúde		Chabannon e McGrath	44	67, 77	
.....	20	Chick e Meleis.....	48	Farsi.....	82, 91, 92, 94, 95, 5
Appelbaum.....	22, 2	CIE20, 22, 24, 38, 41, 49, 51,		Fawcett.....	33
Apperley ..	21, 42, 44, 47, 48, 2	52, 2, 3		Ferguson82, 92, 95, 97, 102,	
Apperley e Keating,	46	Collière	49	110, 111, 112, 114, 5	
Bahtsevani	55	Conselho da Europa e		Fermino84, 97, 98, 99, 104,	
Baldomero.....	44, 46	Comissão Europeia ..	23, 58	109, 113, 115	
Bardin	59, 76	Conway e McMillan	50	Fernandes	56
Benner.....	51, 53, 61	Cooke83, 92, 97, 98, 99, 103,		Fernsler e Cannon.....	50
Berteau.....	44	106, 109, 110, 5		Ferreira.....	21, 47, 48, 49
Bevans82, 83, 91, 94, 95, 96,		Coordinnier.....	21, 2	Ford e Wickline	48, 49
97, 98, 101, 102, 104, 105,		Costa	19, 27	Fortin18, 19, 24, 27, 42, 64,	
107, 110, 111, 112, 115,		Dale	28	65, 67, 68, 73, 76, 77, 88	
116, 5		Damásio	18, 22, 25, 59, 118	Galvão	24, 41
Bevans e Tierney97, 98, 100,		Darr.....	32, 34	Gameiro.....	56
101, 102, 105, 106, 107,		Deming	28	Garaizar.....	55
115		Departamento de		Gluckman	43
Bishop22, 87, 91, 97, 103,		Enfermagem - IPS	24	Grant85, 91, 92, 97, 98, 101,	
108, 110, 112, 114, 116, 5		Donabedian.....	20, 30, 31	104, 105, 107, 110, 114,	
Botelho25, 65, 66, 67, 69, 70,		Doran.....	44, 73	115, 5	
3		Doran e Mitchell.....	34	Gratwohl	43
Branco	51	Dores.....	58	Gratwohl e Carreras	44, 47
Bray81, 91, 92, 94, 95, 97, 98,		Duffy7, 21, 22, 28, 32, 33, 34,		Green.....	65
105, 110, 113, 114, 115, 5		35, 36, 37, 38, 56, 58, 76,		Grimm87, 91, 95, 96, 97, 101,	
Bugalho e Carneiro. 20, 22, 51		90, 2, 3		104, 106, 107, 108, 112,	
Burhans.....	32	Duffy e Hoskins20, 21, 33, 34,		113, 114, 5	
Burt.....	38	35, 37, 54, 76, 88, 89, 90,		Grimmer e Moss	21, 49
Canário.....	18, 56	111, 117, 118, 2, 6, 7		Gruber86, 91, 92, 93, 94, 113,	
				5	

Heinonen86, 91, 92, 93, 5	Mateus56	Rycroft-Malone 54, 55
ICN..... 46, 50, 51	Meleis27, 32, 33, 46, 90	Samson 44, 73
Irvine34	Melnik e Fineout-Overholt .68, 75, 79, 88, 117, 7	Saria e Gosselin-Acomb44
Jarden84, 91, 103, 107, 112, 114, 5	Mendes25, 65, 66, 67, 69, 73, 3	Schmit-Pokorny86, 96, 97, 98, 103, 105, 106, 107, 108, 112, 113, 114, 115, 116, 5
JCAHO38	Mishel50	Sidani34
Kant27, 42	Mitchell29, 30	Souza24, 25, 41, 65, 66, 67, 69, 70, 73, 3
Kemp87, 97, 104, 105, 106, 107, 111, 112, 114, 116, 5	Molassiotis53	Stonecypher 49, 51
Killen e King34	Moura e Barbosa57	Thomas... 21, 22, 43, 46, 90, 2
Kirsch81, 97, 98, 101, 104, 105, 109, 110, 114, 5	Mueller 22, 55, 2	Tomblyn47
Kiss e Kainz22, 51	Mumbay22, 51	Torraco65
<i>Kitto</i>55	Neto53	Tulsky53
Klopper68, 74	Novak 18, 59, 118	Udina 42, 44, 46
Knopf 81, 97, 98, 99, 101, 5	OE.....40, 41, 49, 54, 2	Ursi 66, 70
Knowles 18	OMS..20, 22, 24, 38, 50, 51, 2	Venturi 17, 36
Kovacs48, 53	Papanicolas30	Von Bertalanffy 32, 90
Lang32, 34	Parker e Smith22	Vu55
Leite, Malpique e Santos23, 56, 57, 61	Parse32	Watson32, 33, 35, 54
Lisson51	Pellegrini32	Weldon54
Ljungman44	Peplau54	Whedon .. 22, 44, 46, 47, 48, 2
Ljungman e Gratwohl44	Phaneuf32, 46, 48, 49, 51, 52, 53, 54, 90	Whitemore e Knafl25, 65, 66, 67, 73, 3
Lohr30	Pidala83, 92, 94, 108, 109, 113, 115, 5	White-Williams40, 44, 64, 65, 73
Lopes28, 32, 33, 46, 51, 54, 90	Pimentel47	WHO 41, 47
Lorig53	Pontes 84, 92, 93, 5	Williams .. 28, 85, 91, 95, 96, 5
Lubbe e Rugbeer74	Prasad48, 49	Yoon85, 94, 95, 97, 103, 107, 108, 111, 113, 114, 5
Ludwig e Von Bertalanffy32	Ramalho28, 42, 66, 72	Yungman e Gratwohl73
Lusardi22, 40, 56, 2, 3	REPE49	
Madrigal e Sureda,21, 2	Roy33	
	Russel66, 68	

- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

APÊNDICES

Apêndice A: Plano do projeto de Construção de um instrumento (*Lista de Verificação*) para orientação e registo do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO (TPH), no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados

PLANO PROJETO:

Formando: Cláudia do Rosário Gião Risso Cavas Pinhão

Local do Trabalho: Unidade de Transplantação de Medula (UTM) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, Entidade Publica Empresarial (IPOLFG-E.P.E.)

Problemática Identificada: Conhecimento do utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre os cuidados após o TMO, no período após a alta

Trabalho em Projeto: Construção de um instrumento (Lista de Verificação - LV) para orientação e registo do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados

Objectivos do instrumento para orientação e registo – LV :

Geral: Melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem no âmbito ao processo de transmissão de informação/educativo relativo ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta.

Específicos:

Indicar os tópicos a incluir no processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados;

Registar os conteúdos transmitidos no processo educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados, e os que carecem de reforço de transmissão;

Documentar os conteúdos transmitidos ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta;

Documentar cronologicamente a qualidade do processo educativo do utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta;

Sistematizar a transmissão da informação sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados, e os que carecem de reforço de transmissão;

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/ACÇÕES	RECURSOS			INDICADORES
		HUMANOS	MATERIAIS	TEMPO	
1º Investigar sobre o processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados.	a) Pesquisa bibliográfica em livros, artigos, internet, bases de dados; b) Pesquisa bibliográfica em base de dados utilizando as palavras chave: LV; Elaboração de quadros; Ensino cliente/família; TMO; Cuidados após TMO; Adesão terapêutica; c) Pesquisa de normas para realização de instrumentos de registo; d) Pesquisa de guias orientadores para operacionalização de instrumento de registo; d) Pesquisa junto da equipa de enfermagem e multidisciplinar da UTM.	- Estudante - Equipa de enfermagem; - Equipa multidisciplinar da UTM;	- Suporte Informático; - Bases de dados electrónicas : Biblioteca Cochrane, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, SciELO, etc. - Suporte bibliográfico em papel: revistas científicas, livros, documentos oficiais, CIPE, etc. - Guia de Acolhimento actual;	23/02/2009 a 05/07/2009	Apresentação de informação resultante da análise de estudos com qualidade de evidência e adequadamente referenciados, de acordo com normas da ISS.

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/AÇÕES	RECURSOS			INDICADORES
		HUMANOS	MATERIAIS	TEMPO	
2º Apresentar os conteúdos sobre o processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados a incluir no protótipo da LV	a) Análise dos conteúdos incluídos no Guia de Acolhimento Actual; b) Análise dos processos clínicos dos utentes; c) Análise do referencial bibliográfico; d) Pesquisa junto da equipa de enfermagem da UTM; e) Anotação dos conteúdos alvo de inclusão; f) Associação dos conceitos CIPE aos conteúdos g) Validar com equipa de enfermagem da UTM; h) Inclusão de conteúdos sugeridos.	- Equipa de enfermagem; - Estudante	- Suporte Informático; - Bases de dados electrónicas : Biblioteca Cochrane, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, SciELO, etc. - Suporte bibliográfico em papel: revistas científicas, livros, documentos oficiais, CIPE, etc. - Guia de Acolhimento actual;	23/03/2009 a 17/05/2009	-Apresentação de conteúdos identificados e validados por meio da pesquisa bibliográfica e Equipa de Enfermagem da UTM; - Apresentação da possível associação dos conteúdos identificados com os focos referenciados na CIPE 1.0;
3º Sistematizar a informação sobre cada conteúdo que consta na LV protótipo do processo educativo sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados.	a) Elaboração de template em suporte informático e inclusão de informação b) Agrupar em categorias a informação; c) Registo da em template;	- Equipa de enfermagem; - Estudante	- Suporte Informático;	23/03/2009 a 17/05/2009	- Apresentação da informação pesquisada dos conteúdos identificados e validados com Equipa de Enfermagem da UTM organizados sistematicamente.

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/ACÇÕES	RECURSOS			INDICADORES
		HUMANOS	MATERIAIS	TEMPO	
4º Elaborar protótipo da LV sobre o processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados	a) Elaboração de exemplar de LV de acordo com os modelos investigados: - Inclusão dos conteúdos do processo de transmissão de informação/educativo no protótipo de LV; - Apresentação dos termos CIPE dos focos identificados relacionados; - Identificação da população alvo dos cuidados em espaços distintos para registo; - Designação de espaço de registo para observações e sugestões. b) Apresentação do exemplar à equipa de enfermagem da UTM; c) Apresentação do exemplar à equipa multidisciplinar da UTM; d) Pesquisa de sugestões para melhoria do instrumento junto da equipa de enfermagem e chefia; e) Inclusão de conteúdos que tenham sido sugeridos, reestruturando o instrumento.	- Equipa de enfermagem; - Equipa multidisciplinar; - Estudante	- Suporte Informático;	23/03/2009 a 17/05/2009	- Apresentação das etapas de construção do protótipo de LV; - Apresentação das sugestões efectuadas pela equipa de enfermagem; - Apresentação da LV construída, baseada na pesquisa efectuada e consulta da equipa enfermagem quanto à sua aplicabilidade.

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/ACÇÕES	RECURSOS			INDICADORES
		HUMANOS	MATERIAIS	TEMPO	
5º Estruturar documento para operacionalização do instrumento de registo (LV) do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados.	a) Elaboração gráfica de guia orientador para operacionalização da LV: - Enunciação do referencial teórico para justificar utilização do instrumento de registo; - Indicação da população alvo da utilização LV; - Enumeração dos conteúdos presentes na <i>checkist</i> e sua definição; - Descrição das intervenções enumeradas na LV; - Organização por ordem lógica e categorizada a informação pesquisada relacionada com os conteúdos a abordar no processo educativo; - Exposição da forma de registo no quadro; - Enumeração do referencial teórico utilizado; b) Apresentação do documento construído à equipa de enfermagem e recolha de sugestões c) Reestruturação do documento de acordo com as sugestões; d) Apresentação do documento orientador para utilização da LV organizado em forma informática; e) Apresentação em forma impressa;	- Equipa de enfermagem; - Estudante	- Suporte Informático; - Papel; - Impressora.	27/04/2009 a 31/05/2009	- Apresentação documento em recurso informático; - Apresentação do documento organizado em dossier; - Concordância com estrutura: “Recomendações para a Elaboração de <i>Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados</i>” (O.E., 2007);

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/ACÇÕES	RECURSOS			INDICADORES
		HUMANOS	MATERIAIS	TEMPO	
6º Apresentar à equipa da UTM do instrumento de registo – LV - e respectivo documento orientador para operacionalização do instrumento respeitante ao processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados	a) Apresentação final do instrumento de registo – LV - e respectivo documento orientador para operacionalização do instrumento à chefia de enfermagem e director da UTM b) Planeamento da acção formativa dirigida à equipa de enfermeiros da UTM para exposição do instrumento de registo do processo educativo e do documento guia orientador para a sua operacionalização: (1) Objectivos; (2) Importância; (3) Definições apresentadas; (4) Demonstração da sua aplicação e preenchimento; c) Realização de 5 acções formativas dirigidas a cada uma das 5 equipas de enfermeiros da UTM para exposição do instrumento de registo do processo educativo e do documento guia orientador para a sua operacionalização; c) Inclusão do documento orientador para operacionalização da LV no manual computador da sala de reuniões da UTM; d) Inclusão do instrumento de registo na capa do processo de enfermagem de cada utente internado;	- Equipa de enfermagem; - Estudante; - Equipa multidisciplinar.	- Suporte Informático; - Papel; - Impressora.	01/06/2009 a 14/06/2009	- Apresentação do planeamento da acção formativa; - Agendar cinco acções formativas de 01/06 a 14/06 - Disponibilização final do instrumento de registo – LV - e respectivo documento orientador para operacionalização organizado em dossier; - Disponibilização final do documento orientador para operacionalização da LV em recurso informático;

OBJECTIVOS	ESTRATÉGIAS/AÇÕES	RECURSOS			INDICADORES
		HUMANOS	MATERIAIS	TEMPO	
7º Avaliar o instrumento de registo – LV - e respectivo documento orientador para operacionalização do instrumento respeitante ao processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados	a) Realização de um pré-teste de aplicação da LV e respectivo documento orientador de utilização; b) Monitorização do pré-teste realizado; c) Monitorização da frequência de utilização da LV; d) Recolha de considerações relativamente à operacionalização da LV; e) Compilação da análise, crítica e sugestões efectuadas; f) Análise desses dados; g) Apresentação dos resultados; h) Elaboração de propostas para desenvolvimento dos instrumentos construídos.	- Equipa de enfermagem; - Estudante	- Suporte Informático; - Papel; - Impressora.	15/06/2009 a 28/06/2009	- Apresentação da aplicação do pré-teste; - Apresentação dos dados relativos à frequência de utilização do instrumento no período de 6 meses (de Julho de 2009 a Janeiro de 2010)-; -Considerações recolhidas na equipa relativas à aplicação do instrumento de registo – LV - e respectivo documento orientador para operacionalização do instrumento após 12 meses de utilização; - Apresentação da frequência de intercorrências descritas em processo clínico após alta doente relativas à gestão do regime terapêutico, após 12 meses de utilização do instrumento; - Apresentação de proposta de desenvolvimento do instrumento de registo – LV – e respectivo documento orientador para a operacionalização do instrumento;

Apêndice B: Cronograma Projeto *Construção de um instrumento (Lista de Verificação) para orientação e registo do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO (TPH), no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados*

Quadro : Cronograma de Actividades

[illegible]

Apêndice C: Cronograma final da concretização do Projeto:
Construção de um instrumento (Lista de Verificação) para orientação e registo do processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO (TPH), no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados

Quadro : Cronograma de Actividades

Datas Objectivos	SEMANAS (Ano 2009)																						
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	22ª	(...)
	23/02	02/03	09/03	16/03	23/03	30/03	06/04	13/04	20/04	27/04	04/05	11/05	18/05	25/05	01/06	08/06	15/06	22/06	29/06	06/07	13/07	20/07	
	a 1/03	a 08/03	a 15/03	a 22/03	a 29/03	a 05/04	a 12/04	a 9/04	a 26/04	a 03/05	a 10/05	a 17/05	a 24/05	a 31/05	a 07/06	a 14/06	a 21/06	a 28/06	a 05/07	a 12/07	a 19/07	a 26/07	janeiro 2010
1º Investigar sobre o processo de transmissão de informação/educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO no período após a alta ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados.								Estágio no Espaço Europeu (a definir)															
2º Apresentar os conteúdos																							
3º Sistematizar a informação sobre cada conteúdo que consta na checklist protótipo																							
4º Elaborar protótipo da checklist																							
5º Estruturar documento para operacionalização do instrumento de registo (Checklist)																							
6º Apresentar à equipa da UTM instrumento de registo – checklist – e respectivo documento orientador para operacionalização																							
7º Avaliar o instrumento de registo – checklist - e respectivo guia orientador para operacionalização																							
Realização do Relatório																							

Legenda: (👍) Realização em tempo real (🕒) Realização prevista e agendada

Apêndice D: Lista de Verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao TMO (TPH) – Preparação e
Alta



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

UNIDADE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS



REGISTOS DE ENFERMAGEM

- PREPARAÇÃO PARA ALTA -

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(Vinheta)

Tipo TMO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Data de admissão: _____

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				PESSOA SIGNIFICATIVA			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
T.M.O.								
1. Efeitos Secundários								
2. Transfusões								
3. Complicações								
Cateter Venoso Central								
4. Cuidados								
Funcionamento da UTM								
5. Serviços de apoio								
6. Hospital de dia								
7. Equipe multidisciplinar								
8. Atendimento telefónico								
Gestão do Regime Terapêutico								
9. Cuidados de higiene								
10. Alimentação								
11. Actividade Sexual								
12. Exercício físico								
13. Trabalho/Escola								
14. Contacto com outras pessoas								
15. Medicação								

ENTREGUE GULA DO TRANSPLANTADO:

DATA PREVISTA PARA ALTA:

Observações:

Data _____

Enfermeiro _____

Apêndice E: Guia Orientador – *Lista de Verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao transplante de medula óssea (TPH) – Preparação e Alta*

Guia Orientador

LISTA DE VERIFICAÇÃO PARA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO SOBRE OS
CUIDADOS REFERENTES AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA
- Preparação e Alta -

Enfermeiras: Cláudia Pinhão e Filipa Banha

Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.
Unidade de Transplante de Medula - UTM



Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, E.P.E.
Unidade de Transplante de Medula Óssea

Guia Orientador

**Lista de Verificação para operacionalização do processo
educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula
Óssea**

- Preparação e Alta -

Enfermeiras: Cláudia Pinhão e Filipa Banha

FICHA TÉCNICA

Título: “Guia Orientador: Lista de verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta”

Trabalho desenvolvido por: Enfermeiras Cláudia Pinhão e Filipa Banha

Data: Junho 2009

Siglas

CMV - citomegalovirus

CVC – Cateter Venoso Central

ESS - Escola Superior de Saúde

h- hora

HD – Hospital de Dia

IPOFG-EPE - Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil – Entidade
Publica Empresarial

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

TMO – Transplante de Medula Óssea

UTM – Unidade de Transplantação Medular

SUMÁRIO

	Pg
0. PREFÁCIO	8
1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO.....	12
2.1. Aspectos históricos do Transplante de Medula Óssea	12
2.2. Conteúdos temáticos utilizados no processo educativo realizado sobre os cuidados referentes ao Transplante de medula Óssea	13
2.2.1. O Transplante de Medula Óssea.....	13
2.2.2. Cateter Venoso Central	21
2.2.3. Funcionamento da UTM	23
2.2.3.1. Internamento.....	24
2.2.3.2. Hospital de Dia.....	26
2.2.4. Gestão do Regime Terapêutico.....	28
2.2.4.1. Internamento.....	28
2.2.4.2. Ambulatório.....	29
3. OPERACIONALIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO SOBRE OS CUIDADOS REFERENTES AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA.....	37
3.1. Lista de verificação de preparação para TMO.....	37
3.2. Lista de verificação de preparação para alta.....	41
4. ALGORITMO DE OPERACIONALIZAÇÃO	46
5. BIBLIOGRAFIA.....	47
5.1. Referências Bibliográficas.....	47
5.2. Referências Electrónicas.....	48
5.3. Outras Referências.....	48

APÊNDICES.....	51
Apêndice I – <i>lista de verificação</i> preparação para TMO.....	52
Apêndice II – lista de verificação preparação para alta.....	54
ANEXOS	56
Anexo I - Doenças tratadas com transplante de medula óssea ou transplante de células sanguíneas indiferenciadas periféricas.....	57
Anexo II - Recomendações sobre alimentação após TMO	59

Índice de Figuras

Figura I – Folha de Registo de Enfermagem: lista de verificação preparação para TMO.....	37
Figura II – Identificação do doente e dos dados do TMO.....	38
Figura III – Temáticas abordadas: TMO.....	38
Figura IV – Temáticas abordadas: Cateter Venoso Central.....	39
Figura V – Temáticas abordadas: Funcionamento da UTM.....	39
Figura VI – Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico.....	39
Figura VII – Registo da entrega do guia e visita à UTM internamento.....	40
Figura VIII – Registo de observações, data e enfermeiro que realizou preparação para TMO.....	40
Figura IX – Folha de Registo de Enfermagem: lista de verificação preparação para Alta.....	41
Figura X – Identificação do doente e dos dados do TMO.....	42
Figura XI – Temáticas abordadas: TMO.....	42
Figura XII – Temáticas abordadas: Cateter Venoso Central.....	43
Figura XIII – Temáticas abordadas: Funcionamento da UTM.....	43
Figura XIV – Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico.....	44
Figura XV – Registo da entrega do guia e Previsão de alta da UTM.....	44
Figura XVI – Registo de observações, data e enfermeiro responsável pela preparação para Alta.....	45

PREFÁCIO

O presente documento é resultado da realização de um trabalho de projecto, no contexto do II Curso de Pós-Graduação de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), visando a identificação de uma problemática do âmbito da enfermagem médico-cirúrgica existente no contexto de exercício profissional, e neste caso, na Unidade de Transplante de Medula (UTM) do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil – Entidade Pública Empresarial (IPOLFG-EPE), perspectivando o desenvolvimento e aplicação de medidas para a melhoria da qualidade de prestação de cuidados aos utentes.

De acordo com o referido, com a colaboração da equipa de enfermagem e enfermeira responsável, elegeu-se a área – “Conhecimento do utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre o processo de TMO (transplante e cuidados pré e pós TMO)” como a prioritária a intervir. O transplante de medula óssea (TMO) ou células progenitoras hematopoiéticas trata-se de um tratamento muito específico, que envolve um regime de internamento em isolamento protector com cuidados muito particulares e administração de terapêuticas cujos efeitos adversos são consideráveis, sendo importante o conhecimento do doente e pessoa significativa acerca desses aspectos para minimizar o impacto destas alterações assinaladas; por outro lado, após o transplante e respectiva recuperação hematológica que permitam a alta clínica do doente, é importante que este e pessoa significativa conheçam os cuidados a ter no domicílio, no aspecto da gestão do seu regime terapêutico, consciencializando-os dos riscos iminentes caso exista um descuido nestes aspectos, depois de um investimento terapêutico tão complexo. Trata-se de uma área muito interessante para intervenção de enfermagem, onde há um contacto directo com o doente e familiar/ prestador de cuidados, sendo um campo de intervenção de enfermagem autónoma, pois foca os cuidados ao nível dos doentes e familiar/prestador de cuidados, área de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem. É de acrescentar também, que a equipa da UTM está actualmente a reunir esforços para a distribuição do guia de acolhimento actualizado – “Guia – O meu transplante” (2008) - e empenhado no âmbito do conhecimento e inerentes ensinamentos ao utente submetido a TMO e respectiva pessoa significativa.

Desenvolver um plano de continuidade de cuidados é vital para o acompanhamento do utente, reduzindo a possibilidade de não adesão ao regime terapêutico e mantendo a sua satisfação. É importante o desenvolvimento de protocolos ou a existência de lista de verificação

para assegurar que existem procedimentos escritos para conduzir o doente no seu tratamento e recuperação e determinar se o mesmo compreendeu como gerir o seu cuidado.

Votos que este guia seja usado, apropriado, discutido, e que o desenvolvimento do conhecimento e da praxis conduzam a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Cláudia Pinhão e Filipa Banha

1. INTRODUÇÃO

O Guia Orientador de utilização da *LISTA DE VERIFICAÇÃO* para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta, é simultâneo e consequente à realização de um instrumento de registo e verificação do processo educativo realizado ao utente e respectivo familiar/pessoa significativa que é proposto para realização de Transplante de Medula Óssea – *LISTA DE VERIFICAÇÃO* - visto que este é complexo e implica tempo e disponibilidade não só do utente e acompanhante, mas também do enfermeiro, e torna-se necessário registar as temáticas já abordadas. A equipa de Enfermagem identificou a necessidade deste tipo de instrumento, pela existência de frequentes lapsos ou repetições constantes nos ensinamentos efectuados, e que em maior ou menor grau poderiam influenciar a adaptação e capacitação do doente visado.

A pessoa que tem uma doença do foro hematológico, oncológica ou hemato-oncológica e que é proposta para transplante de medula óssea, células precursoras hematopoiéticas ou de células de cordão umbilical, incorre numa situação de diagnóstico e tratamento com consequências psicológicas e importantes repercussões na satisfação das suas necessidades e na Qualidade de Vida. Se ela própria não conseguir satisfazer essas necessidades, necessitará de cuidados de enfermagem, sendo que o enfermeiro deverá assistir a pessoa naquilo que ela não consiga fazer, sempre com o pressuposto da recuperação da independência ou da capacidade de auto-cuidado. Neste contexto, mediante cuidados de enfermagem procura-se prevenir a doença e promover os processos de readaptação, satisfazendo as necessidades humanas fundamentais e procurando a independência máxima na realização das actividades de vida; é objectivo, o ajustar funcional a défices e a adaptação a diversos factores, muitas vezes, através de processos de aprendizagem do cliente (O.E., 2001). Para facilitar a gestão dos desafios neste percurso do cliente, paralelamente, os enfermeiros, promovem a sua aprendizagem para ampliar os recursos pessoais, familiares e comunitários.

Porque “*Os Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados quando rigorosamente elaborados e utilizados, podem ser uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da acção à eficácia do resultado.*” (O.E., 2007, p.10), perspectivou-se a intervenção no processo de aprendizagem do utente proposto e submetido a TMO na UTM do IPOLFG-EPE, e desenvolveu-se um guia que enuncia sistematicamente os aspectos a focar na transmissão de informação sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea (ou Progenitores Hematopoiéticos) numa situação de Admissão e Alta Clínica em concordância com o registo na *LISTA DE VERIFICAÇÃO* de preparação para admissão e

preparação para alta, que permite visualizar esquematicamente os aspectos abordados e as necessidades existentes.

Portanto, o Guia tem como finalidade a fundamentação do processo de transmissão de informação/educativo relativo ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre os cuidados referentes ao TMO, uniformizando a informação transmitida pela equipa de enfermagem, não descurando as potenciais especificidades, apresentando e conduzindo a operacionalização do instrumento para o registo sistematizado da informação transmitida – *LISTA DE VERIFICAÇÃO*. De forma geral, pretende-se com este guia melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem no âmbito ao processo de transmissão de informação/educativo relativo ao utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre os cuidados referentes ao TMO.

A metodologia utilizada compreendeu a revisão de literatura, procurando práticas baseadas na evidência científica, sendo que o documento foi submetido a análise crítica da enfermeira responsável.

O Guia está estruturado em oito capítulos. O primeiro aborda a fundamentação relativa ao TMO, apresentando alguns conteúdos históricos e as temáticas utilizadas no processo educativo realizado sobre os cuidados referentes ao TMO; segue-se as indicações para a operacionalização da *lista de verificação* do processo educativo sobre os cuidados referentes ao TMO na perspectiva de preparação para TMO e preparação para Alta. É apresentado o algoritmo de operacionalização da utilização da ***lista de verificação***. Apresentam-se a bibliografia utilizada para a realização deste guia e por fim constam apêndices e anexos que visam fundamentar e complementar este trabalho.

Portanto, de acordo com o trabalho desenvolvido, na criação destes instrumentos facilitadores para o exercício profissional de enfermagem, a parceria que também é estabelecida com o cliente/família na sua operacionalização é vital para uma relação terapêutica eficaz, tendo sempre presente princípios como o respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel individual. Perspectiva-se também a qualidade do exercício da profissão perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Visam-se aspectos como: promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e auto cuidado dos clientes, readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem (O.E., 2001).

Este Guia, considerado complemento no processo de aprendizagem do utente submetido a TMO, constitui-se também como uma base de trabalho para a construção de novos projectos fundamentais para o desenvolvimento do conjunto de saberes e práticas que contribuem para a excelência do exercício profissional dos enfermeiros e para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem a prestar à pessoa em situação de TMO.

2. FUNDAMENTAÇÃO

2.1. Aspectos Históricos do Transplante de Medula Ossea

O primeiro transplante de células hematopoiéticas foi realizado com sucesso em 1956 por Peter Nowell e colaboradores, após a irradiação total do corpo (TBI), cujos efeitos invariavelmente letais, teriam sido evitados pela colonização de um hospedeiro com células de dador (MUGHAL, 2006). Estes dados determinaram o desenvolvimento de conhecimentos no tratamento de doentes com patologias muito variadas, como as genéticas e oncológicas.

As primeiras experiências de TMO alogénico (entre indivíduos diferentes da mesma espécie) ocorreram no séc. XIX, tendo tido apenas sucesso no final da década de 60 do séc. XX, com a descoberta do principal sistema de histocompatibilidade humana – os antígenos do sistema HLA³⁴, e com o trabalho pioneiro de Donald Thomas. A partir destas descobertas, o TMO pode ser realizado entre irmãos HLA idênticos.

Desde esse momento que os avanços na área do TMO são significativos, no que diz respeito ao desenvolvimento de terapêuticas antibacteriana, fúngica e viral, as técnicas de banco de sangue, regimes quimioterapêuticos, factores de crescimento, profilaxia e tratamento, doença enxerto versus hospedeiro e tipologia dos tecidos tornaram o TMO numa opção de tratamento viável e mais eficaz, contribuindo para um aumento das taxas de sobrevivência de doentes submetidos a esta modalidade terapêutica.

No que diz respeito a Portugal, a 25 de Maio de 1987, é inaugurada a primeira Unidade de Transplante de Medula do País. O Centro de Lisboa do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil tem actualmente o maior número de transplantes realizados no país e foi pioneiro em quase todos os aspectos de transplantação de células hematopoiéticas a nível nacional.

Actualmente, de acordo com Udina (2007) o transplante de Medula Óssea (TMO), de precursores hematopoiéticos ou de cordão trata-se de um procedimento terapêutico utilizado no tratamento de determinadas doenças oncológicas, hemato-oncológicas ou hematológicas (ANEXO I), que respondem à administração de altas doses de quimioterapia com ou sem radioterapia. Estas doses tão elevadas de quimioterapia, dominadas como condicionamento, administradas para destruir as células cancerígenas, implicam uma toxicidade medular e sistémica tão importante que

³⁴ HLA – Human Leukocytes Antigens

se não se infundisse medula óssea sã, a recuperação hematológica e imunológica seria impossível e fatal para o doente.

Essencialmente, o TMO favorece a recuperação da hematopoiese e actua como resgate da toxicidade dos regimes de condicionamento. Para que seja eficaz deve: a doença responder à terapêutica citostática; a doença estar em fase inicial ou intermédia; e a medula/células infundidas não conterem clones ou células malignas.

Os critérios gerais de inclusão de um doente num programa de TMO são a idade, a fase da doença, a disponibilidade de dador e a ausência de doenças concomitantes graves.

2.2. Conteúdos temáticos utilizados no processo educativo realizado sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea

2.2.1. O Transplante de Medula Óssea

A **medula óssea** é um tecido/órgão esponjoso existente nas cavidades dos ossos. Num indivíduo saudável constitui o local normal da hematopoiese, sendo esta, um percurso de proliferação e diferenciação celular, através do qual uma célula hematopoiética indiferenciada (stem cell ou célula pluripotencial), se auto-renova e dá origem às diferentes formas maduras de sangue: eritrócitos, plaquetas e leucócitos. É de acrescentar que as células progenitoras hematopoiéticas para além de se encontrarem na medula óssea, também existem no sangue periférico após mobilização e no sangue do cordão umbilical. (RODRIGUES, 2004)

O **transplante de medula óssea** (TMO) ou transplante de precursores hematopoiéticos trata-se de um procedimento terapêutico utilizado para o tratamento de determinadas patologias oncológicas e hematológicas, que respondem à administração de altas doses de quimioterapia, com ou sem radioterapia. Estas doses tão elevadas de quimioterapia e radioterapia, denominadas de condicionamento, administradas para destruir as células anómalas, implicam uma toxicidade medular e sistémica tão importante que se as células progenitoras hematopoiéticas sãs não fossem infundidas, a recuperação hematológica não seria possível, existindo o risco de morte do doente (UDINA, 2007; OTTO, 2000). Existem por isso efeitos em termos físicos como resposta ao tratamento e que são necessários considerar (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005, p.65).

A. TIPO DE TRANSPLANTE

De acordo com Otto (2000) existem dois tipos de TMO, de acordo com a relação do receptor com o dador: Autólogos e Alógenicos.

- **Transplante Autólogo:** A medula ou células progenitoras hematopoiéticas periféricas são antecipadamente colhidas ao doente antes de iniciar o condicionamento e criopreservadas; posteriormente são transfundidas ao mesmo indivíduo. Não requer tipagem imunológica.

- **Transplante Alogénico:** A medula, células progenitoras hematopoiéticas periféricas ou células de sangue de cordão são colhidas de um dador saudável, geneticamente semelhante. São vários os tipos de transplante alógeno, de acordo com o tipo de dador: “singénico”, no qual o dador e o receptor são geneticamente idênticos (gémeos univitelinos), não havendo entre ambos uma barreira imunológica, pois os antígenos tecidulares são os mesmos; “relativo”, onde o dador é parente receptor, normalmente um irmão; e “não relativo” no qual o dador não tem relação com o receptor, mas são da mesma espécie, embora geneticamente diferentes, com histocompatibilidade major, determinada principalmente no linfócitos (sistema HLA).

B. CONDICIONAMENTO

Condicionamento é o termo utilizado para descrever o processo mediante o qual se prepara fisiologicamente o doente para receber o enxerto (medula óssea, células progenitoras hematopoiéticas periféricas ou células de cordão). As características e a duração do tratamento podem variar de doente para doente, mas normalmente ocorre num período de dois a sete dias (RODRIGUES, 2004).

Objectivos do condicionamento são: eliminar as células malignas residuais, dependendo da doença de base; destruir o estado imunológico preexistente no doente; e criar um espaço na cavidade da medula para proliferação das células indiferenciadas transplantadas (UDINA, 2007; OTTO, 2000).

Os **regimes de condicionamento** incluem altas doses de quimioterapia. Alguns protocolos dos transplantes autólogos e alogénicos incluem a radiação total do corpo. Assim, existem vários regimes com várias combinações de quimioterapia e/ou radiação, sendo que a ciclofosfamida, a carmustina, o etoposídeo, o busulfano e a citarabina são todos agentes quimioterapêuticos utilizados em regimes condicionantes. A escolha do regime depende do tipo de doença, quantidade e resposta à radiação e quimioterapia anteriores (RODRIGUES, 2004; OTTO, 2000; UDINA, 2007).

Nota: no transplante autólogo de doentes com tumores sólidos, o tratamento de preparação pode-se planificar apenas com os objectivos de cura da doença e o transplante trata-se de uma forma de resgate da pancitopénia provocada.

C. EFEITOS SECUNDÁRIOS

Costa (2005), refere os efeitos secundários como um sinal desfavorável ou desconhecido, sintoma, ou doença associada temporariamente com uso do tratamento médico ou procedimento.

- Toxicidade hematológica

Os citostáticos exercem a sua actividade ao nível das células da medula óssea, onde decorre a hematopoiese, sendo a mielotoxicidade um efeito comum. O primeiro sinal de toxicidade hematológica é a neutropénia, seguida de trombocitopénia e posteriormente anemia, de acordo com a semi-vida de cada elemento (vida média dos granulócitos é de seis horas, as plaquetas de 8 a 12 horas e os eritrócitos de 120 dias).

- Toxicidade gastrointestinal

As náuseas e vômitos são os efeitos mais associados à administração de fármacos antineoplásicos, sendo que este processo se pode dividir em três fases - náusea, arraque e vômito, e pós-vômito – e podem classificar de acordo com o tempo em que ocorrem, em relação ao tratamento: náusea e vômitos agudos (primeiras 24h após a quimioterapia); náusea e vômitos tardios (ocorrem a partir das 24h após a quimioterapia, mantendo-se por 5 a 7 dias, com pico ao terceiro dia); e náuseas e vômitos antecipatórios (ocorrem antes da quimioterapia).

A sensibilidade à acção dos citostáticos do epitélio que reveste as mucosas oral e gastrointestinal é elevado, atrofiando o epitélio, destruindo a camada basal da mucosa e inibindo a reposição celular, ocasionando ulcerações que se manifestam geralmente dois a dez dias após a quimioterapia. Acontece uma inflamação generalizada das membranas mucosas – Mucosite.

Alterações hormonais e no metabolismo dos glícidos e dos hidratos de carbono, para além das alterações da mucosa gástrica e intestinal, retardam a digestão e provocam alterações do apetite, sendo causa de anorexia. Estas alterações podem ser desencadeadas pela própria doença como pela própria acção dos citostáticos.

As alterações do trânsito intestinal podem estar relacionadas no doente oncológico, com ansiedade, modificação do regime alimentar, terapêutica, infecções, tumores digestivos, cirurgia intestinal, radioterapia e quimioterapia. A diarreia como consequência da quimioterapia é um

sintoma de mucosite do tracto gastrointestinal baixo. Uma lesão na membrana do tracto alimentar vai permitir a invasão por microorganismos e levar à infecção sistémica.

A obstipação caracterizada pela dificuldade de passagem de fezes duras e secas, podendo esta ser irregular associada a dor abdominal e rectal. Pode ser resultado da administração de quimioterapia, da mobilidade reduzida, da idade avançada, do uso de diuréticos anticolinérgicos, analgésicos opiáceos e antidepressivos, do abuso de laxantes, de uma dieta pobre em fibras, e alterações metabólicas como hipercalcémia e hipocaliémia.

- Toxicidade dermatológica

A quimioterapia pode provocar toxicidade dermatológica local e/ou sistémica, sendo que em termos sistémicos podem ocorrer alopecia, fotossensibilidade, hiperpigmentação e alterações das unhas.

- Toxicidade renal e vesical

Os rins são os principais órgãos excretores das drogas quimioterápicas e, por isso, a prevenção da toxicidade renal e vesical é fundamental para a eficácia do tratamento quimioterápico.

Os sinais e sintomas mais comuns de toxicidade renal são: disúria, hematúria, edema periférico, estase jugular, náuseas e vômitos, dor lombar e/ou nos flancos, taquipneia e alterações laboratoriais tais como aumento dos níveis séricos da ureia, creatinina, ácido úrico e potássio e diminuição do *clearance* da creatinina.

Os sinais e sintomas mais comuns de toxicidade vesical são: disúria, hematúria, poliúria, dor lombar e /ou suprapúbica e alterações laboratoriais: anemia e hematúria e eventual proteinúria.

- Cardiotoxicidade

A toxicidade cardíaca, pode evidenciar-se após as primeiras administrações de quimioterapia, tratando-se de uma toxicidade aguda, manifestando-se através de alterações electrocardiográficas transitórias, tais como taquicardia sinusal, contracção ventricular prematura e alterações na onda T e no segmento ST. Os doentes sujeitos a radiação torácica, com antecedentes de doenças cardíacas, hipertensos, e idosos são mais propensos a toxicidade cardíaca.

- Alterações Metabólicas

As principais alterações metabólicas decorrentes da quimioterapia são: Hipercalcémia – aumento do cálcio sérico; Hiponatrémia – diminuição do sódio sérico; Hipomagnesémia – diminuição do magnésio sérico; Hiperuricémia – aumento do ácido úrico sérico.

D. INFUSÃO

Depois do condicionamento a medula óssea ou células progenitoras hematopoiéticas devem ser infundidas. Deve existir um período de vinte e quatro a setenta e duas horas de intervalo entre a última administração de quimioterapia e a infusão de medula óssea, devido ao tempo de sobre-vida da droga (OTTO, 2000).

O transplante consiste em infundir por via endovenosa, através de um cateter venoso central, as células progenitoras hematopoiéticas recolhidas durante a extracção da medula óssea. Dependendo do tipo de transplante e da quantidade de células que se devem infundir, a medula óssea é preparada em seringas ou bolsa. A técnica de infusão é semelhante à de outros derivados sanguíneos.

Nos transplantes autólogos, a medula está congelada, sendo que o saco é descongelado em banho-maria, e administrada numa rápida infusão endovenosa via cateter venoso central, evitando-se prolongar o tempo de exposição à temperatura ambiente, uma vez descongelado, mas tendo sempre em conta o potencial de sobrecarga de líquidos. Os doentes experimentam, por vezes, alguma dificuldade respiratória, devido à introdução rápida de medula óssea, náuseas e vômitos devido ao dimetilsulfeto (DMSO). O referido tem também um estranho odor, e nas vinte e quatro a quarenta e oito horas após o transplante autólogo é eliminado pelo sistema respiratório.

Nos transplantes alogénicos, a medula é infundida no mesmo dia da colheita. Devem utilizar-se tubos infiltrados de modo a prevenir que as células indiferenciadas preciosas fiquem presas e não sejam infundidas. O tempo total de infusão depende da quantidade de medula, mas normalmente é de uma a cinco horas. Os efeitos secundários possíveis são semelhantes aos de uma transfusão de concentrado eritrocitário, como dificuldade respiratória, febre, *rash*, dor torácica e hipotensão. Estas reacções são possíveis de acordo com a compatibilidade ABO da medula. Perante estas reacções, é necessário intervir com terapêutica para reduzir tais reacções adversas e administrar oxigénio, se necessário. A pré-medicação pode ser útil. Em ambos os procedimentos, o equipamento de emergência está sempre disponível e preparado ao lado do doente. O médico está disponível próximo do doente. Durante a infusão, controlam-se os sinais vitais e valida-se continuamente com o doente para se detectar precocemente a aparição de complicações.

Os cuidados imediatos pós-infusão abrangem a informação da família, o controle frequente dos sinais vitais e vigilância relativamente a sinais de complicações. (RODRIGUES, 2004; OTTO, 2000; UDINA, 2007).

E. RECUPERAÇÃO HEMATOLÓGICA

A **recuperação hematológica** processa-se em situações normais em duas a três semanas após a infusão, com evidente aumento dos valores hematológicos, ocorrendo o período de enxerto, quando as células indiferenciadas migram, para o espaço da medula óssea do receptor e iniciam a regeneração. Durante o período em que este fenómeno acontece, o doente apresenta um estado de pancitopenia e imunossupressão, podendo ocorrer complicações como infecções e hemorragias. Os cuidados neste período centram-se na prevenção de infecções e no tratamento imediato de infecções e hemorragias, administrando antibióticos e hemoderivados, respectivamente.

No sentido de reduzir o período de pancitopenia, tentando prevenir complicações graves decorrentes do transplante, são administrados factores de crescimento hematopoiético que afectam o funcionamento das células mieloides maduras e a capacidade de estímulo na proliferação de células precursoras mieloides em vários estados de proliferação (OTTO, 2000).

F. TRANSFUSÕES

A transfusão de vários componentes do sangue acontece, numa tentativa de prevenir e/ou corrigir alterações hematológicas provocadas quer pela doença quer pelos tratamentos (COSTA, 2005).

No doente transplantado são frequentemente utilizados:

- Concentrado de Eritrocitos desleucocitado: preparado por vários meios de desleucocitação (lavagem, congelação/descongelação, centrifugação, filtração), prevenindo a aloimunização que está relacionada com os antígenos leucocitários e evita reacções transfusionais.
- Concentrado de Eritrocitos irradiado: indicado em doentes imunodeprimidos ou transplantados de medula óssea, para prevenir reacções enxerto vs hospedeiro.
- Concentrado de plaquetas – que são células do sangue e aderem à parede lesada dos vasos – agregação plaquetária – sendo que cada unidade de plaquetas deve conter 55×10^9 plaquetas em 50-70 ml de plasma.
- Concentrado unitário de plaquetas (CUP) – Contém 6 a 8 unidades de concentrado de plaquetas e é obtido de um único dador.
- Plasma fresco congelado – contem todos os factores de coagulação.

Durante a transfusão destes hemoderivados, é fundamental a vigilância de sinais de reacção transfusional: reacção hemolítica; reacção febril; reacção alérgica; reacção anafilática; hipervolemia; sépsis; hipotermia; hipercaliémia; intoxicação por citrato; hemorragia.

G. COMPLICAÇÕES

O regime de preparação do doente submetido a TMO implica, muitas vezes, efeitos tóxicos que determinam diferentes complicações (OTTO, 2000).

- **Insucesso do Enxerto:** existe uma falha na recuperação da medula ou a perda de funcionamento da mesma após o período inicial de recuperação.

- **Infecção:** as alterações da integridade das barreiras físicas associadas a pancitopenia grave, preparam o ambiente para graves infecções bacterianas e fúngicas, durante as primeiras semanas após o TMO; a causa frequente é a própria microflora do doente, em particular do sistema gastrointestinal e sistema tegumentario. As infecções por vírus encontram-se associadas à incidência de doença enxerto vs hospedeiro e podem ocorrer em qualquer altura durante o ciclo de doença enxerto vs hospedeiro crónica.

- **Pneumonite:** a pneumonia intersticial é a causa mais comum de morte nos primeiros cem dias após o TMO; a pneumonia intersticial em 50% dos casos é provocada pelo citomegalovirus (CMV); os factores de risco são a irradiação total do corpo, a presença de doença enxerto vs hospedeiro, a idade avançada do doente, lesão primaria do pulmão e o estado serológico do CMV do receptor e/ou dador.

- **Doença Venocclusiva:** é uma complicação do regime de condicionamento, aumentando o risco quando o doente é submetido a irradiação total do corpo; é uma oclusão das veias centrais do fígado, provocando congestão venosa e estase, resultando na lesão das células hepáticas; pode ocorrer nas três semanas após o TMO ou mesmo depois, podendo o doente apresentar aumento do peso (superior a 5% do normal), hepatomegalia, dor no quadrante superior direito, nível total de bilirrubina no soro abaixo de 2 mg/dl e ascite.

- **Doença do enxerto vs hospedeiro:** ocorre após o TMO alógeno, tratando-se de uma reacção imunitária da nova medula enxertada no corpo do receptor, podendo classificar-se em aguda e crónica. A **doença enxerto vs hospedeiro aguda** define-se pela sua ocorrência cem dias após o TMO; os factores de risco relativos à sua incidência são a idade avançada do doente, falsas combinações HLA, falsa combinação do sexo do recipiente dador; a pele, tracto gastrointestinal e

fígado são os principais órgãos-alvo, sendo que esta prolonga ainda a imunodeficiência. A **doença enxerto vs hospedeiro crônica** surge nos cem dias após o transplante (mas pode ocorrer nos sessenta dias após o TMO), caracterizando-se por esclerodermia e imunodeficiência persistente, tratando-se de um síndrome sistémico multiorgânico que se assemelha a doenças vasculares com colagénio; os factores de risco estão associados à incidência da idade avançada do receptor, ocorrência de doença enxerto vs hospedeiro aguda precedente, medula repleta de células T de dador feminino em receptor masculino; Todos os órgãos podem ser afectados, com enfraquecimento da pele, fibrose e secura, possibilidade de infecções bacterianas, fungos e vírus.

- **Recorrência:** é o principal factor na mortalidade do doente acima de três meses após o TMO; a recorrência é mais frequente após o TMO autólogo devido às células malignas que ficaram escondidas na medula transplantada. No TMO alogénico a presença de doença enxerto vs hospedeiro está associada à diminuição da incidência na recorrência.

- **Efeitos Secundários:** os efeitos a longo prazo do TMO podem ocorrer vários meses ou anos após o transplante, havendo a possibilidade de surgirem cataratas, hipotireoidismo, deficiência no crescimento, disfunção gonadal e malignidades secundárias.

2.2.2. Cateter Venoso Central

Broviac (1973 cit. por ALBUQUERQUE, 2005) descreve o CVC como uma estrutura tubular, de diâmetro variado, introduzido no sistema vascular com o objectivo de manter um acesso por longo período de tempo que permita colheitas de sangue e administração de terapêuticas periódicas. De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (2005) é definido o foco Cateter Central.

A. INDICAÇÕES/OBJECTIVO DO CVC

São várias as indicações para a utilização de um acesso central, nomeadamente: a administração rápida de grande volume de fluidos ou fármacos em situações de colapso das veias periféricas (choque); a administração de fármacos irritantes e/ou agressivos, como por exemplo as catecolaminas ou a quimioterapia; a administração de soluções com elevada osmolaridade, por exemplo a alimentação parentérica; a administração de fármacos de forma prolongada, durante vários dias ou semanas; a realização de colheitas de sangue frequentes; a realização de aféreses ou tratamentos de hemodiálise; a administração de transfusões; a realização de um transplante de medula óssea. (SANTOS e PITTA 2003; CABALLERO 2006; URDNN, STACY, LOUGH 2008)

B. IMPLANTAÇÃO

A inserção de um CVC pode ser feita através de uma abordagem torácica, inguinal ou abdominal. Na abordagem torácica as grandes veias do tórax superior (subclávia, jugular ou axilar) são as mais utilizadas. Na abordagem inguinal utiliza-se a veia femoral, enquanto que na abordagem abdominal se utiliza a veia cava inferior.

A abordagem torácica é a mais utilizada, sendo as restantes abordagens geralmente utilizadas quando as grandes veias torácicas não estão acessíveis. A abordagem abdominal é a menos utilizada.

A veia jugular é o acesso mais usado pois, comparado com as outras veias torácicas, é a mais fácil de canalizar, representa menor risco de pneumotórax, contudo tem maior risco de contaminação local pelas secreções orais ou traqueias, especialmente se o doente estiver entubado ou com traqueotomia (URDEN, STACY e LOUGH 2008). Em contrapartida, à veia subclávia está associada uma menor taxa de infecção e um menor desconforto para o doente, contudo é de mais difícil acesso.

A abordagem femoral, através da veia femoral permite um grande fluxo sanguíneo, sendo indicada para aféreses ou para terapêutica de substituição renal contínua. As suas maiores desvantagens são o aumento substancial do risco de infecção e as restrições de movimentos impostas ao doente.

C. CUIDADOS

De acordo com Urden e colaboradores (2008) os principais cuidados com o CVC estão directamente relacionados com a prevenção de complicações, nomeadamente, com a prevenção da infecção, obstruções, deslocação e ruptura do cateter.

Relativamente à prevenção da infecção, os principais cuidados do utente são evitar molhar o penso do cateter, dirigir-se ao hospital de dia para a manutenção do CVC e realização do penso de acordo com indicação da equipa de enfermagem. A manutenção do CVC, de acordo com o Manual da UTM ([s.d.]) deverá ser realizada no mínimo uma vez por semana, enquanto que o penso deverá ser realizado duas vezes por semana no Internamento e uma vez por semana em Ambulatório, ou sempre que se justificar. O utente e/ou a pessoa significativa deve ainda informar a equipa de enfermagem sempre que molhar o penso, se identificar alterações no penso (por

exemplo, mancha), se sentir alterações no local de inserção do cateter (dor, prurido, ...) ou se tiver febre.

Com a manutenção do cateter, que inclui a sua reaparização, previnem-se as obstruções. Assim, é importante reforçar, junto do utente e/ou pessoa significativa, a importância de não faltar nos dias a que esta prevista a manutenção do cateter.

No que respeita á deslocação ou ruptura do cateter deve ser transmitido ao utente e/ou à pessoa significativa que devem ser evitados puxões ou manipulações do cateter com objectos cortantes. Se detectar alguma perda sanguínea ou outro tipo de perda no cateter, deve clampar o mesmo e dirigir-se ao hospital. Se detectar perda de sangue no local de inserção deve exercer pressão no local e dirigir-se ao hospital.

2.2.3. Funcionamento da UTM

De forma a ser possível a que o utente e respectiva família adoptem um Comportamento de Procura de Saúde, tal como identificado pelo Conselho Internacional de Enfermagem, como uma *actividade executada pelo próprio com as características específicas: forma previsível de identificar, usar, gerir e assegurar recursos de cuidados de saúde, expectativas relacionadas com formas aceitáveis de requerer e conseguir assistências dos outros* (2005, p.44) é imperativo que conheçam o funcionamento da UTM internamento e hospital de dia.

2.2.3.1. Internamento

A. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR INTERNAMENTO

A equipa multidisciplinar é aquela responsável pela prestação de cuidados a um determinado utente e família (BOLANDER, 1998; STANHOPE, 1999). Esta equipa em conjunto com o utente traça o seu plano de cuidados, tendo a capacidade de influenciar o seu projecto de saúde.

A equipa multidisciplinar da UTM internamento inclui o director clínico, a enfermeira chefe, a equipa médica com dois hematologistas, a equipa de enfermagem com vinte enfermeiros, a equipa de auxiliares de acção médica constituída por dezasseis elementos, um dietista, um assistente social e um psicólogo. Desta equipa faz ainda parte um psiquiatra que quando contactada dá apoio à unidade.

B. QUARTO

O processo de transplante implica a necessidade de isolar o utente no período inicial. Este isolamento, na maioria dos casos, é feito na UTM com o internamento num quarto de isolamento. A principal característica dos quartos de isolamento é o sistema de pressões positivas que, em conjunto com os filtros HEPA, tem como principal objectivo proteger o doente da contaminação com microorganismos existentes no meio ambiente (Manual UTM II, [s.d.]). Neste sistema de pressões o ar circula da zona dos quartos para o hall dos quartos e daí para o resto da unidade onde as pressões são mais baixas.

Os quartos estão dispostos em forma de U em relação à zona de trabalho dos profissionais de saúde, têm duas paredes opostas totalmente em vidro, uma que dá para a zona de trabalho permitindo a constante vigilância de todos os doentes, e outra que dá para o corredor de sujos e visitas, permitindo a saída de material dos quartos não contaminado a zona limpa da unidade e permitindo que o utente tenha contacto com as suas visitas. Para manter a privacidade dos utentes ambos os lados tem estores.

Na parede do lado da zona de trabalho mencionada existem uma porta e uma janela em guilhotina para a entrada do material, alimentos e profissionais de saúde, do lado do corredor existe uma janela igual para a saída de material usado e lixo.

O quarto é constituído pela unidade do utente, com a cama articulada, mesa-de-cabeceira, cadeira higiénica, mesa de refeições, televisão, lavatório e armário, prateleira com material de diagnóstico, estante e armário com material da equipa de saúde.

C. PROTOCOLO DE ENTRADA

O protocolo de entrada na UTM – Internamento (Manual UTM IV, [s.d.]) inclui para o utente uma série de procedimentos que o utente tem de cumprir. O utente entra na unidade acompanhado por um elemento da equipa do HD ou, quando chega sozinho, a primeira pessoa com quem contacta é a secretária de unidade. Ao entrar é recebido pelo enfermeiro responsável pelo utente, que lhe apresenta a unidade e lhe explica os procedimentos iniciais.

Antes de entrar no quarto o utente toma banho, deixando a roupa que trazia e vestindo a roupa que vai usar na unidade. Após o banho entra para o quarto. Já no quarto a enfermeira responsável pelo utente entra também, explicando-lhe o funcionamento do quarto e do material que aí se encontra.

Neste primeiro dia são ainda feitas colheitas de espécimes que incluem urina, fezes e sangue. A colheita de sangue é realizada através do cateter venoso central (CVC), servindo a mesmo para confirmar o seu correcto funcionamento. As colheitas têm como objectivo despistar possíveis alterações no momento de entrada do utente, prevenindo complicações.

É ainda realizado o penso, novamente com o objectivo de identificar alterações.

D. OBJECTOS PESSOAIS

O internamento de um utente implica a sua separação do seu meio familiar e social, esta separação origina sentimentos de ansiedade e medo (MCDONOUGH, 1998). A possibilidade do utente trazer para o hospital os seus objectos pessoais diminui os sentimentos mencionados.

Na UTM, em consequência da imunossupressão decorrente da quimioterapia de alta dose do condicionamento pré transplante, verificam-se várias restrições ao nível do que o utente pode trazer para o internamento tal como descrito no Manual UTM IV ([s.d.]).

É permitido ao utente trazer material informático (telemóvel, computador, leitor de dvd's, ...), brinquedos, livros e revistas, entre outros objectos. O utente pode ainda levar roupa (pijama, roupa interior e/ou roupão). Tanto o material informático como os brinquedos devem ser limpos pelo utente no domicílio sendo posteriormente limpos na unidade recorrendo à limpeza de superfícies com álcool. Os livros e as revistas devem ser entregues antecipadamente na unidade para serem esterilizados, para depois poderem entrar para o quarto. No caso da roupa, há que ensinar o utente sobre os cuidados para esta poder entrar para o quarto. A roupa deve ser lavada na máquina a altas temperaturas, ser posteriormente seca e colocada em saco de plástico individual, por exemplo um conjunto de pijama, roupa interior e meias em cada saco.

Pede-se ainda ao utente para trazer um par de chinelos de plástico lavados, que permitam ser desinfectados, para serem utilizados no quarto. Estes sapatos são ainda desinfectados com álcool à entrada para o quarto.

No que respeita aos produtos de higiene e aos produtos alimentares não é permitida a entrada na unidade, sendo estes fornecidos exclusivamente pelo hospital. Estas restrições prendem-se com alterações decorrentes do próprio transplante. Em consequência da aplasia medular decorrente da quimioterapia verifica-se uma trombocitopenia acentuada (OTTO, 2000) em que se desaconselha a utilização de escova de dentes, sendo fornecido ao utente esponjas de lavagem dentária e de elixir dentífrico. Também decorrente da quimioterapia verifica-se uma leucopenia e neutropénica acentuadas tendo-se de limitar as potenciais fontes de infecção nomeadamente a alimentação, restringindo-se esta à preparada de forma adequada no hospital. Por

último, a quimioterapia provoca ainda alopecia, devendo-se informar o utente e ajudá-lo a adaptar, não sendo necessário levar escova, mas esta pode entrar para o quarto quando limpa e desinfetada.

Ainda no que se refere aos produtos de higiene pessoal, devido às alterações cutâneas decorrente do TMO, aconselha-se a utilização de produtos antialérgicos, com pH 5,5 e, previamente, aprovados pela equipa da UTM. Assim, opta-se por, no período de internamento, fornecer todos os produtos de higiene ao utente.

No caso das crianças, as fraldas são fornecidas pelo serviço, sendo pedido aos pais ou prestadores de cuidados que tragam as chupetas e tetinas que a criança gosta. Os brinquedos que desejem trazer têm de ser lavados e posteriormente, no serviço, desinfetados com álcool. Não podem entrar para o quarto peluches ou brinquedos de difícil desinfecção.

E. ROTINAS

As principais rotinas da UTM – Internamento que necessitam da colaboração do utente incluem colheitas de sangue, o penso do CVC, a troca de sistemas, avaliação de sinais vitais.

As colheitas de sangue realizam-se todas as manhãs, entre as 6h e as 7h30, e sempre que necessário. O penso do CVC é realizado duas vezes por semana no caso dos adultos e uma vez por semana no caso das crianças, ou sempre que necessário. Os sistemas de soros são trocados de três em três dias. Enquanto que os sinais vitais são habitualmente avaliados seis vezes por dia, no início e final de cada turno de enfermagem, ou sempre que necessário. (Manual UTM IV, [s.d.])

F. VISITAS

O acesso aos quartos é restrito apenas a uma visita; a entrada de qualquer pessoa no quarto, visita ou profissional de saúde, está rodeado de várias medidas, tais como a lavagem e desinfecção das mãos, a utilização de bata e touca, entre outras (Manual UTM II, [s.d.]; Manual UTM IV, [s.d.]).

Os utentes podem ter uma visita diária dentro do quarto, por um período de tempo. No caso de crianças até aos 16 anos ou outros utentes em situação muito especial, podem ter um acompanhante dentro no quarto durante o dia inteiro. As visitas que entram no quarto, na primeira visita têm de realizar zangano da naso e orofaringe. (Manual UTM II, [s.d.]; Manual UTM IV, [s.d.])

As visitas no corredor decorrem das 11 às 19 horas (h), sendo o número ilimitado, mas apenas podendo estar duas pessoas de cada vez frente ao quarto. A comunicação entre o utente e as visitas é feita através de um intercomunicador. (Manual UTM II, [s.d.]; Manual UTM IV, [s.d.])

2.2.3.2. Hospital de dia

G. SERVIÇOS DE APOIO

A continuidade dos cuidados após a alta é importante para a sua recuperação,

Os utentes que tiveram alta clínica, e que realizam tratamentos em ambulatório e que estão longe da sua área de residência, podem ficar no lar de utentes do IPOLFG. As crianças podem também ficar na ACREDITAR com a família (pais e irmãos), evitando assim a sua separação e promovendo o apoio familiar. O encaminhamento deverá ser efectuado pela assistente social que intervém na UTM.

H. HOSPITAL DE DIA

O hospital de dia e a consulta externa da UTM funciona no 4º andar do pavilhão de rádio, onde são seguidos os utentes em ambulatório no período pré e pós-transplante. Funciona de 2ª a 6ª feira das 8 às 23h e aos sábados e domingos das 9 às 23h. Neste local, realizam-se todos os procedimentos de colheita de células para transplante em sangue periférico a dadores e doentes. Faz-se um acompanhamento dos doentes em fase pré e pós TMO, bem como, dos dadores de medula. São administradas as terapêuticas de suporte necessárias (soros, antibióticos, antiviricos, imunossuppressores, factores de crescimento hematopoéticos, imunoglobulinas) e transfusões. Realiza-se também fotoforese extracorporal, sendo este o local do sul do país onde se pratica esta técnica. Para além disto, realizam-se ainda transplantes em ambulatório com condicionamento de intensidade reduzida (RIC - Reduced intensity conditioning). (Manual UTM II, [s.d.]; Manual UTM IV, [s.d.])

I. EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DO HOSPITAL DE DIA

De acordo com o Guia de Acolhimento do doente do IPOLFG- EPE, a prestação de cuidados de saúde exige um trabalho em equipa que integra múltiplos profissionais com formações e funções diferenciadas. Várias pessoas estarão envolvidas nos cuidados do doente.

A equipa multidisciplinar da UTM HD é comum ao internamento e, também, inclui o director clínico, a enfermeira chefe, a equipa médica com dois hematologistas e um médico especialista em hemoterapia, a equipa de enfermagem com nove enfermeiros, a equipa de auxiliares de acção

médica constituída por nove elementos, um dietista, um assistente social e um psicólogo. Desta equipa faz ainda parte um psiquiatra que quando contactada dá apoio à unidade.

J. ATENDIMENTO TELEFÓNICO

Porque o “doente tem direito a cuidados continuados” (IPOLFG, s.d.), encontra-se disponível o contacto directo para o Hospital de dia das 8h às 23h, onde é possível o contacto com o enfermeiro devido a alguma dúvida ou sintoma que o utente tenha; pretende-se prevenir que o utente imunocomprometido se submeta ao ambiente de uma urgência geral do hospital da sua área de residência, sendo facilitado o contacto com o médico assistente ou com o médico de urgência interna para dar o apoio necessário; a partir das 23h este apoio telefónico é transferido para a equipa que se encontra na UTM internamento. Este serviço permite também alterações na posologia medicamentosa, sem necessidade do doente se dirigir a uma consulta no HD.

2.2.4. Gestão do Regime Terapêutico

O TMO é um transplante com uma especificidade própria, e torna-se fundamental a ocorrência de um comportamento de adesão no que diz respeito à gestão do regime terapêutico, com um comportamento de *executar as actividades, cumprido um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para o tratamento ou prevenção da doença na vida diária* (CIPE, 2001, p.58).

De acordo com o referido é fundamental discutir com o doente e família o regime de tratamentos, razão do mesmo, expectativas do regime, efeitos secundários do referido, alterações necessárias no estilo de vida, cuidados de “follow-up” necessários e recursos disponíveis. É de salientar que os comportamentos saudáveis são necessários para a recuperação e prevenção de complicações. (OTTO, 2000)

A Gestão do Regime Terapêutico está directamente relacionada com a gestão das várias condicionantes resultantes do tratamento (CIPE, 2003), daí subentende-se a inclusão dos vários tópicos que se seguem procurando focar o conhecimento do utente, ou seja *o conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirida, na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação* (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005, p.96), de forma a capacitar o mesmo.

2.2.4.1. Internamento

A. CUIDADOS DE HIGIENE

Considerando a susceptibilidade dos utentes transplantados a qualquer tipo de infecção (OTTO, 2008), para além das medidas de isolamento, tem de se ter especial atenção aos cuidados de higiene. A este nível a lavagem das mãos assume uma grande importância na prevenção da transmissão da infecção.

Ensina-se o utente a lavar as mãos e, posteriormente, desinfectá-las após cada utilização da cadeira higiénica, antes e depois de se alimentar, e sempre que necessário. Deve ainda lavar as mãos se apanhar algum objecto que tenha caído no chão depois de o desinfectar. (Manual UTM IV, [s.d.])

Para além da lavagem das mãos, ensina-se o utente a realizar os cuidados à boca após cada refeição e sempre que necessário. O banho recomenda-se que seja diário e sempre que necessário. (Manual UTM IV, [s.d.])

Ainda no âmbito dos cuidados de higiene, devido às alterações cutâneas decorrentes do transplante (OTTO, 2008), ensina-se o utente a aplicar creme hidratante frequentemente, após os cuidados de higiene, antes de se deitar e sempre que sentir a pele seca.

B. ALIMENTAÇÃO

A alimentação do utente transplantado está condicionada por diferentes restrições directamente relacionadas com o aumento da susceptibilidade à infecção e com as alterações da mucosa gastrointestinal decorrentes da quimioterapia e do transplante.

A alimentação das refeições, almoço e jantar, é preparada diariamente na cozinha do hospital, existindo a possibilidade de escolher entre algumas alternativas. Nas outras refeições que desejar fazer, o utente tem à sua disposição leite, sumos, pão, cereais, fatias de bolo, fruta cozida, gelados feitos no hospital e suplementos alimentares.

C. EXERCÍCIO FÍSICO

Considerando a anemia decorrente da aplasia medular (OTTO, 2000) há que preparar o utente para que se sinta mais cansado e com menos disposição para se movimentar, contudo há que incentivar o utente a fazer pequenos exercícios e não se manter constantemente no leito. De acordo com a sua vontade e as suas capacidades o utente deve ser incentivado a movimentar-se no quarto, existindo a possibilidade de entrar para o quarto uma bicicleta fixa.

2.2.4.2. Ambulatório

D. CUIDADOS DE HIGIENE

De acordo com OTTO (2000), são fundamentais medidas para a prevenção de infecção, nomeadamente uma adequada higiene pessoal e da casa.

De acordo com o descrito no Guia “O meu transplante” (2008), são aconselhadas medidas respeitantes aos cuidados de higiene:

- O banho diário é essencial, sendo preferível o duche ao banho de imersão. Devem ser utilizados toalhetes turcos individuais que se devem lavar depois de cada utilização ou esponjas descartáveis, e um gel de banho com PH neutro ou sabonete de glicerina. A região das axilas, virilhas, genitais e pregas da pele devem ser lavadas e secas cuidadosamente, de forma a evitar regiões húmidas propícias a acumular colónias de microorganismos.

- Deve-se evitar molhar o penso do Cateter venoso Central, mesmo que este seja impermeável, secando bem os lúmens do cateter e certificando-se que os *clamps* estão fechados, após o banho.

- A higiene oral deve ser realizada com uma escova de dentes macia (depois de confirmar com o médico), não sendo adequada a utilização de escova de dentes eléctrica ou fio dental. Antes de cada utilização lavar a escova com água quente, utilizando água da torneira para lavar a boca e pasta dentífrica. Depois da lavagem, seca-se bem a escova. Mude de escova mensalmente. No caso de próteses dentárias, a sua limpeza deve ser realizada sempre que se ingerir alimentos e retirando-a sempre á noite para dormir. Se gengivorragias, alertar para bochechos com água fria e informar o enfermeiro ou o médico assistente.

- Em relação aos produtos de higiene pessoal, pode utilizar desodorizante sem álcool. Não está recomendada a utilização de cosméticos, depilatórios, ceras ou lâminas de depilação. Deve-se aplicar um creme hidratante em todo o corpo e mudar de roupa diariamente.

De acordo com Rosenbaum (2005), o contacto pelas mãos é a forma mais comum de contrair infecções, pelo que a lavagem das mãos é a forma mais adequada para minimizar a transmissão e prevenir as infecções.

- Ao longo do dia é fundamental a lavagem adequada das mãos sempre depois de urinar, depois de evacuar e antes de cada refeição. (GUIA “O meu transplante”, 2008)

As recomendações respeitantes à higiene da casa, variam de acordo com o transplante e o grau de imunossupressão. A presença de lixo, poeira e fungos deve ser minimizada, porque a presença destes trata-se de um potencial de transmissão de infecção.

- A roupa da cama deve ser mudada pelo menos duas vezes por semana. A casa deve ser limpa regularmente, com especial atenção para as zonas de refeição e casas de banho, utilizando um desinfectante antibacteriano e substituindo regularmente a esponja de limpeza (GUIA “O meu transplante”, 2008)

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem, o foco de enfermagem é o conhecimento respeitante à capacidade de cuidar da higiene pessoal com as seguintes características: *Manter um padrão contínuo de higiene, manter o corpo limpo e bem arranjado, sem odor corporal, lavar regularmente as mãos, limpar as orelhas, nariz e áreas perineais, manter a pele macia usando princípios de preservação e manutenção da limpeza* (2005, p.92), e também a capacidade para arranjar a casa, que se trata de uma capacidade de desempenho (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005)

E. ALIMENTAÇÃO

Costa (2005), menciona que o cuidado ao doente neutropénico no sentido de prevenir a infecção, passa também pela alimentação e sua confecção.

Após a alta é natural que o doente tenha algumas dificuldades em se alimentar devido ao tratamento que realizou, menciona o Guia “O meu transplante” (2008). Se após a alta ficar no lar, a sua alimentação é assegurada pela instituição. Se estiver a fazer algum tratamento em hospital de dia, é aqui que fará a sua refeição em segurança.

Todavia, se for para o domicílio ou para a Acreditar (no caso de uma criança e família) devem ser tidos alguns cuidados na confecção da alimentação e na escolha dos alimentos. Até que o sistema imunitário recupere, existe um maior risco de desenvolver infecções relacionadas com a alimentação, pelo que é extremamente importante seguir *guidelines* de segurança na alimentação (ROSENBAUM, 2005). A alimentação deve de ocorrer de acordo com normas estabelecidas pela nutricionista considerando o tratamento a que foi submetido (Anexo II). Portanto, deve-se na preparação e confecção dos alimentos:

- Lavar bem as mãos antes da confecção e ingestão de alimentos;
- Preferir alimentos de boa qualidade, respeitando os prazos de validade indicados nas embalagens;

- Atender às condições de armazenamento de alimentos, tanto em casa como no local onde os compra;
- Para descongelar, utiliza-se o microondas, aquecendo depois a refeição. Tudo o que sobrar não deve ser aproveitado;
- Lavar e secar com um pano limpo todo o material de cozinha que se utilizar, bem como os pratos, talheres e copos que não devem ser partilhados;
- Cozinhar bem os alimentos, se possível na panela de pressão, para que não persistam partes cruas (evitar os grelhados);
- Na preparação de carne, peixe e vegetais utilize tábuas diferentes. Pode utilizar-se uma solução de água e lixívia (1 colher de chá de lixívia para 4 copos de água) para lavar as tábuas, deixando a solução actuar por dois minutos e enxaguar com água quente;
- Adicionar ervas aromáticas durante a cozedura e nunca depois dos alimentos estarem prontos;
- Após a confecção os alimentos devem ser logo comidos. Nesta altura pode-se armazenar outras refeições em caixas de plástico bem lavadas e guardá-las no congelador;
- É essencial beber muitos líquidos, embalados em pacotes UHT e embalagens individuais;
- Utilização de preferencial de açúcar, doces, manteigas e bolachas em doses individuais;
- Comer pão fresco pedindo na padaria para guardarem o pão acabado de cozer em embalagem fechada.
- São permitidos refrigerantes enlatados e eventualmente cerveja sem álcool. Não beber bebidas com álcool.

Neste sentido, e de acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem a prática dos cuidados de enfermagem foca-se, neste âmbito, no Conhecimento em relação, mais especificamente, à Capacidade para se alimentar, com as características específicas: *organizar ingestão de alimentos sob a forma de refeições saudáveis, cortar e partir os alimentos em pedaços manejáveis, levar os alimentos à boca, colocá-los na boca utilizando os lábios, músculos da língua e alimentando-se até estar satisfeito*. (2005, p. 92)

F. ACTIVIDADE SEXUAL

Otto (2000) indica a alteração dos padrões de sexualidade, devido ao processo de tratamento e efeitos tardios. Após o transplante acontecem alterações na imagem corporal ou no desejo sexual, transformando o comportamento padrão anterior, conduzindo à existência de sentimentos de insegurança no que diz respeito ao início de novas relações. Frequentemente, a

alteração física após o TMO e os efeitos secundários, como náuseas e diminuição da energia, podem reduzir o desejo pela actividade sexual. Noutras circunstâncias, a preocupação, depressão ou ansiedade relativamente à performance sexual e capacidade de atracção sexual podem conduzir à perda de desejo. (ROSENBAUM, 2005)

A vida amorosa e sexual são aspectos íntimos de cada pessoa. O acto sexual implica esforço físico e deverá ser retomado após indicação médica, o que vai depender de cada pessoa e da contagem de plaquetas (acima das 50.000).

O uso de contraceptivos e outras dificuldades ou dúvidas que possam surgir devem ser discutidas com o médico, contudo para protecção contra doenças sexualmente transmitidas é necessária a utilização do preservativo.

A esterilidade que pode resultar dos tratamentos a que foi submetido não irá interferir com a vida sexual, pelo que após uma recuperação hematológica adequada, desde que o doente se sinta fisicamente bem e não haja infecção intercorrente no casal, poderá retomar a vida sexual.

A quimioterapia e radioterapia usadas pré transplante reduzem a lubrificação dos órgãos genitais, podendo ser necessário, sobretudo no sexo feminino, recorrer a lubrificação adicional utilizando um gel próprio.

Embora as probabilidades de esterilidade sejam elevadas, pode haver o risco de uma gravidez, pelo que existe indicação formal para o uso de contracepção pelo casal. (Guia “O meu transplante”, 2008)

De acordo com o referido, os cuidados de enfermagem procurando actuar neste âmbito têm como foco da prática, o conhecimento na área específica do Comportamento Sexual, que se define neste âmbito como *um tipo de comportamento interactivo* (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005, p.42)

G. EXERCÍCIO FÍSICO

Lyman e colaborador (2008), refere que os doentes submetidos a Transplante de Medula óssea têm um risco considerável de fadiga acentuada e persistente, relacionada com os tratamentos específicos com Quimioterapia e Radioterapia.

Desta forma o Guia “o Meu transplante” (2008) alerta que após a alta, é normal que se sinta mais cansado do que era habitual. Passou por um longo internamento. O aumento da actividade deve ser progressivo e de acordo com cada pessoa, gerindo o cansaço e esforço efectuado. Em determinadas circunstâncias, de acordo com o tratamento realizado, torna-se necessário o apoio do fisiatra.

Todavia, Rosenbaum (2005), acrescenta que o exercício regular é importante para o processo de recuperação. Melhorando a tonicidade e força muscular, acarreta não só o bem-estar físico, mas também emocional. O exercício beneficiará também os aspectos respiratórios, problemas de apetite e problemas psicológicos. Se existe uma melhoria em termos físicos, de acordo com este autor, estimula também a adaptação à situação e às dificuldades encontradas, retomando o estilo de vida habitual.

De acordo com o descrito, pode ser identificado o foco de enfermagem mobilidade que se define como *Capacidade com as características específicas: movimento voluntário e psicom do corpo, incluindo a coordenação dos movimentos musculares e articulares, bem c o desempenho do equilíbrio, o posicionamento corporal e o deslocamento* (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005, p.93)

H. TRABALHO/ESCOLA

Rosenbaum (2005), defende que o doente submetido a TMO, deve evitar actividades no trabalho e escola durante os primeiros meses após o tratamento. Este período que é necessário estar afastado depende do grau de fadiga que a respectiva actividade causa. É necessário tempo para que existam cuidados à pessoa e esta se restabeleça totalmente.

De acordo com o Guia “O meu transplante” (2008) torna-se necessário esclarecer todas as questões com o médico assistente, estando este regresso à actividade profissional dependente do tipo de transplante que fez e do tipo esforço físico que é necessário.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem (2005), é possível apontar, mais uma vez o Conhecimento sobre a capacidade de desempenho como o foco da prática de enfermagem nesta vertente.

I. CONTACTO COM OUTRAS PESSOAS

De forma a restringir a exposição potencial a bactérias e outros agentes que possam causar infecções, são recomendadas restrições frequentes no que diz respeito a tocar e abraçar as pessoas. É importante também evitar locais onde se encontram pessoas doentes, bem como as escolas e infantários, porque as crianças têm grande propensão a estarem doentes. É importante evitar, também, o contacto com pessoas que foram vacinadas com vacinas vivas durante os trinta dias posteriores, porque o tratamento do doente submetido a TMO pode destruir a anterior imunidade a doenças. (ROSENBAUM, 2005)

No Guia “O meu transplante”, são descritas recomendações relativas ao contacto social:

- Existe a necessidade de uso de máscara de acordo com o número de glóbulos brancos. A sua utilização será apenas em locais muito frequentados, tais como salas de espera, central de colheitas, etc.

- Os locais de grande concentração de pessoas tais como centros comerciais, lojas e cinemas, entre outros, podem ser prejudiciais, pelo que deverão ser evitados nos primeiros 6 meses. A Igreja pode ser frequentada fora da hora de grande afluência.

- Passeios ao ar livre são adequados, evitando a exposição directa ao sol (recomenda-se a utilização de óculos de sol e protector solar com factor superior a 30). Evitar a exposição à chuva e ao frio. Evitar o contacto com o fumo do tabaco, flores, plantas de interior, pó e poeira.

- Evitar todos os contactos com pessoas doentes e reduzir ao mínimo os contactos com crianças em idade escolar. Se tiver tido contacto com alguém que venha a ter varicela, papeira, etc, comunicar de imediato com seu médico.

- Evitar contactar com animais, bem como alimentá-los. Pode, no entanto, manter o seu aquário com peixes.

- Utilizar carro próprio ou em alternativa táxi ou ambulância. Os transportes públicos não devem ser utilizados nos primeiros 6 meses a 1 ano. (Guia “O meu transplante”, 2008)

Desta forma, a pratica de enfermagem foca-se no conhecimento, antes definido, relativo à capacidade para socializar planeando intervenções neste sentido. (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005)

J. MEDICAÇÃO

De acordo com Whedon (1997), é fundamental que a equipa de saúde providencie informação verbal e escrita com instruções para o doente e família acerca dos cuidados a ter após o transplante. Estas informações incluem sinais e sintomas a reportar à unidade de transplante de medula, precauções em caso de hemorragia, cuidados na prevenção de infecções, cuidados com o cateter venoso central, restrições na alimentação, instruções acerca da administração de medicação e sua importância, datas de consultas e análises, e o que fazer em caso de emergência. Evidentemente que estas indicações são fulcrais para a prevenção de complicações e recuperação do doente. É de salientar a possibilidade de acontecer uma fatalidade em caso de um comportamento de não adesão a estas medidas por parte do doente submetido a TMO.

Salienta-se no Guia “O meu transplante” (2008) que inicialmente a vigilância de saúde será feita no Hospital de Dia – UTM, sendo neste período mais frequente o número de consultas, onde existirá a monitorização dos valores hematológicos e da medicação que está a ser administrada. Em

caso de manter o cateter venoso central após a alta será necessário que o penso e a heparinização do mesmo sejam efectuados com determinada frequência de acordo com a avaliação efectuada.

Identifica-se a área de atenção relevante para a enfermagem neste âmbito – Conhecimento sobre saúde – que se define como *Estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com as pessoas que são importantes para o cliente* (Conselho Internacional de Enfermagem, 2005, p.96).

3. OPERACIONALIZAÇÃO DA LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO SOBRE OS CUIDADOS REFERENTES AO TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS

3.1. Lista de verificação de Preparação para TMO ³⁵



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.
UNIDADE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS
REGISTOS DE ENFERMAGEM



- PREPARAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA -

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(Vinheta)

Tipo TMO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Data Prevista de admissão: _____

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
T.M.O.		
1. Tipo		
2. Condicionamento		
3. Infusão		
4. Recuperação Hematológica		
5. Efeitos Secundários		
6. Transfusões		
7. Complicações		

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Funcionamento da UTM		
11. Equipe multidisciplinar		
12. Quarto		
13. Protocolo de entrada		
14. Objectos pessoais		
15. Rotinas		
16. Visitas		

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Cateter Venoso Central		
8. Objectivo do CVC		
9. Implantação		
10. Cuidados		

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Gestão do Regime Terapêutico		
17. Cuidados de higiene		
18. Alimentação		
19. Exercício físico		

ENTREGUE GUIA:

VISITA UTM – INTERVISTAS:

Observações:

Data _____ Enfermeiro _____

³⁵ APENDICE I Figura I – Folha registo de enfermagem: lista de verificação preparação para TMO

A) Identificação do Doente e Dados do TMO

- PREPARAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA -	
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (Vinheta)	Tipo TMO: _____ Diagnóstico Clínico: _____ Data Prevista de admissão: _____

Figura II – Identificação do doente e dados do TMO

- Topo: Identificação do objectivo da lista de verificação: preparação para Transplante de Medula Óssea;
- Espaço à esquerda: Local para identificação do doente, com vinheta do referido;
- Espaço à direita: Registo do Tipo de transplante para o qual o doente é proposto, diagnóstico clínico e data prevista de admissão;

B) Temáticas a abordar

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
T.M.O.		
1. Tipo		
2. Condicionamento		
3. Infusão		
4. Recuperação Hematológica		
5. Efeitos Secundários		
6. Transfusões		
7. Complicações		

Figura III – Temáticas abordadas: TMO

- Devem ser assinalados os conteúdos abordados com o utente e/ou pessoa significativa, relativos ao TMO, de acordo com as informações apresentadas no capítulo da fundamentação: ponto 2.2.1, alíneas A, B, C, D, E, F, G.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Cateter Venoso Central		
8. Objectivo do CVC		
9. Implantação		
10. Cuidados		

Figura IV – Temáticas abordadas: Cateter Venoso Central

- Assinalar os conteúdos abordados com o utente e/ou pessoa significativa, relativos ao Cateter Venoso Central, de acordo com as informações apresentadas no capítulo da fundamentação: ponto 2.2.2, alíneas A, B, C.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Funcionamento da UTM		
11. Equipe multidisciplinar		
12. Quarto		
13. Protocolo de entrada		
14. Objectos pessoais		
15. Rotinas		
16. Visitas		

Figura V – Temáticas abordadas: Funcionamento da UTM

- Devem ser indicados os conteúdos transmitidos ao utente e/ou pessoa significativa, respeitantes ao funcionamento da UTM, de acordo com as informações apresentadas no capítulo da fundamentação: ponto 2.2.3.1., alíneas A, B, C, D, F.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Gestão do Regime Terapêutico		
17. Cuidados de higiene		
18. Alimentação		
19. Exercício físico		

Figura VI – Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico

- ### C) Entrega do Guia de acolhimento e visita à UTM

Figura VII – Registo da entrega do guia e visita UTM internamento

- #### D) Observações

Figura VIII – Registro de observações, data e enfermeiro que realizou preparação para TMO

- 40

3.2. Lista de verificação de Preparação para Alta³⁶


INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.
UNIDADE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS
REGISTOS DE ENFERMAGEM
- PREPARAÇÃO PARA ALTA -

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(Vinheta)

Tipo TMO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Data de admissão: _____

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	FONTE				PESQUISA SIGNIFICATIVA			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Ativa	Passiva	Ativa	Passiva	Ativa	Passiva	Ativa	Passiva
T.M.O.								
1. Efeitos Secundários								
2. Transfusão								
3. Complicações								
Cateter Venoso Central								
4. Cuidados								
Funcionamento da UTM								
5. Serviços de apoio								
6. Hospital de dia								
7. Equipe multidisciplinar								
8. Atendimento telefónico								
Gestão do Regime Terapêutico								
9. Cuidados de higiene								
10. Alimentação								
11. Actividade Sexual								
12. Exercício físico								
13. Trabalho/Escola								
14. Contacto com outras pessoas								
15. Medicação								

ENTREGUE GUIA DO TRANSPLANTADO:

DATA PREVISTA PARA ALTA:

Observações:

Data _____ Enfermeiro _____

Figura IX – Folha registo de enfermagem: *lista de verificação* preparação para Alta

A) Identificação do Doente e Dados do TMO

- PREPARAÇÃO PARA ALTA -	
IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (Vinheta)	Tipo TMO: _____ Diagnóstico Clínico: _____ Data de admissão: _____

Figura X – Identificação do doente e dados do TMO

- Topo: Identificação do objectivo da *lista de verificação*: Preparação para alta;
- Espaço à esquerda: Local para identificação do doente, com vinheta do referido;
- Espaço à direita: Registo do Tipo de transplante para o qual o doente foi submetido, diagnóstico clínico e data de admissão na UTM internamento;

B) Temáticas a abordar

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				PESSOA SIGNIFICATIVA			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
T.M.O.								
1. Efeitos Secundários								
2. Transfusões								
3. Complicações								

Figura XI – Temáticas abordadas: TMO

- Devem ser assinalados os conteúdos abordados com o utente e/ou pessoa significativa, relativos ao TMO, de acordo com as informações apresentadas no capítulo da fundamentação: ponto 2.2.1, alíneas C, F, G.
- Deverá ser registada a data do ensino realizado ao utente e/ou pessoa significativa e registo da pessoa que transmitiu a informação; posteriormente, deverá ser validado o conhecimento relativo às temáticas abordadas e feito o registo da data em que aconteceu e o nome do enfermeiro responsável por este.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				PESSOA SIGNIFICATIVA			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
Cateter Venoso Central								
4. Cuidados								

Figura XII – Temáticas abordadas: Cateter Venoso Central

- Identificar se o conteúdo foi abordado com o utente e/ou pessoa significativa, relativamente aos cuidados com o Cateter Venoso Central, de acordo com as informações apresentadas no capítulo da fundamentação: ponto 2.2.2, alíneas C.
- Recomenda-se o registo da data do ensino realizado ao utente e/ou pessoa significativa e registo da pessoa que transmitiu a informação; posteriormente, deverá ser validado o conhecimento relativo à temática abordada e feito o registo da data em que aconteceu e o nome do enfermeiro responsável por este.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				PESSOA SIGNIFICATIVA			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
Funcionamento da UTM								
5. Serviços de apoio								
6. Hospital de dia								
7. Equipe multidisciplinar								
8. Atendimento telefónico								

Figura XIII – Temáticas abordadas: Funcionamento da UTM

- Devem ser indicados os conteúdos transmitidos ao utente e/ou pessoa significativa, respeitantes ao funcionamento da UTM, de acordo com as informações apresentadas no capítulo da fundamentação: ponto 2.2.3.2., alíneas G, H, I, J.
- Regista-se a data do ensino realizado ao utente e/ou pessoa significativa e registo da pessoa que transmitiu a informação; deve ser validado o conhecimento relativo à temática abordada e registando a data em que aconteceu e o nome do enfermeiro responsável por este.

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				PESSOA SIGNIFICATIVA			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
Gestão do Regime Terapêutico								
9. Cuidados de higiene								
10. Alimentação								
11. Actividade Sexual								
12. Exercício físico								
13. Trabalho/Escola								
14. Contacto com outras pessoas								
15. Medicação								

Figura XIV – Temáticas abordadas: Gestão do Regime Terapêutico

- Devem ser assinalados os conteúdos transmitidos ao utente e/ou pessoa significativa no que concerne à gestão do regime terapêutico em internamento, de acordo com as informações apresentadas no capítulo da fundamentação: ponto 2.2.4.2, alíneas D, F, G, H, J.
- Registam-se as datas em que as temáticas foram abordadas e o enfermeiro responsável; Deverá ser validado o conhecimento do doente e/ou pessoa significativa, pelo que o registo da data e pessoa que o efectuou é necessário.

C) Entrega do Guia de acolhimento e previsão de alta da UTM

ENTREGUE GUIA:	DATA PREVISTA PARA ALTA:
----------------	--------------------------

Figura XV – Registo da entrega do guia e Previsão de alta da UTM

- Registo da data de entrega do guia de acolhimento “O meu transplante “ (2008) completo no campo à esquerda, e registo da data prevista de alta da Unidade de Transplantação Medular – Internamento no espaço à direita.

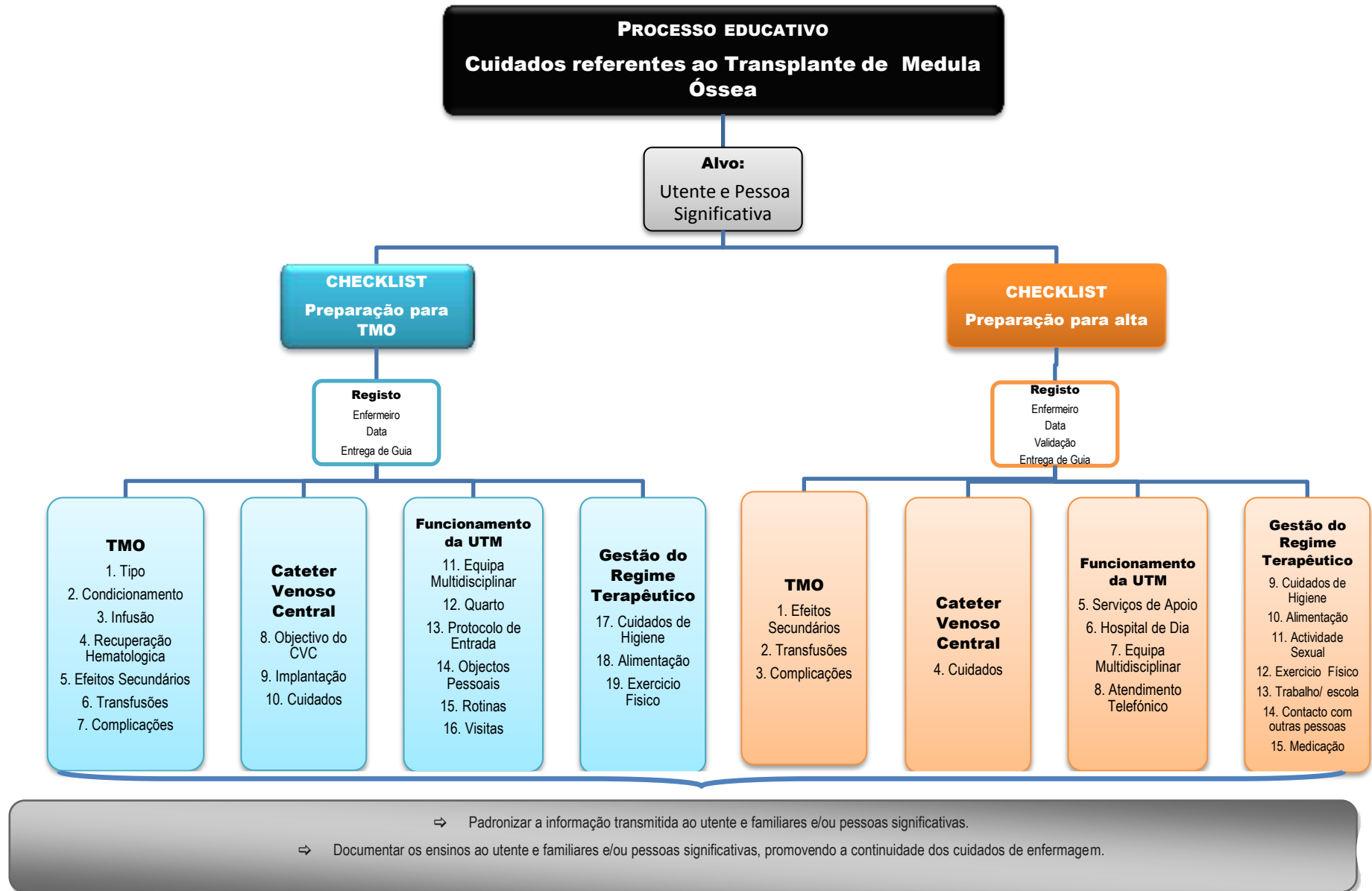
D) Observações

[illegible]

Figura XVI – Registo de observações, data e enfermeiro que realizou preparação para Alta

- Devem ser registadas as notas que se considerem pertinentes, ou que seja necessário validar; no caso de algum ponto necessitar de ser explicado, deve ser identificado pelo respectivo número. Deve ser registada a data em que foi concluída a preparação para alta e o enfermeiro responsável por essa conclusão.

4. ALGORITMO DE OPERACIONALIZAÇÃO



5. BIBLIOGRAFIA

Bibliografia realizada de acordo com a Norma Portuguesa (NP) 405-01.

5.1. Referências Bibliográficas

- BOLANDER, V. B. – SORENSEN & LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental**. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- CABALLERO, M^a Carmen Carrero (coord.) – **Tratado de Administración parenteral**. Madrid: Difusión Avances de Enfermería, 2006. ISBN 84-95626-31-4.
- COSTA, C. [et. al.] – **O Cancro e a Qualidade de Vida**. [s.n.]: Novartis, 2005. ISBN 972-9119-94-5.
- LYMAN, G.; CRAWFORD, J. - **Cancer Supportive Care: Advances in Therapeutic Strategies**. [s.n.]: Informa Health Care, 2008. ISBN 9781420052893.
- MCDONOUGH, Noreen – Admissão e Alta Hospitalar *In* BOLANDER, V. B. – SORENSEN & LUCKMANN – **Enfermagem Fundamental**. 1ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1998. ISBN 972-96610-6-5.
- MUGHAL, T. [et. al.] – **Understanding Leukemias, Lymphomas and Myelomas**. Taylor & Francis :Adingdom, 2006. ISBN 1-84184-409-8.
- OTTO, Shirley E. – **Enfermagem em Oncologia**. 3ª Edição. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-12-6.
- PIÉDROLA, Mercedes Martínez; GONZÁLEZ, Gema; RAMIREZ, Ana Tordable; PECES, Eva Sanz; RODILLA, Juana Mateos; GÓMEZ, Carmen Jiménez - **Recomendaciones para la manipulación y el cuidado del reservorio subcutáneo en Atención Primaria**. Madrid: Dirección de Enfermería, 2006. ISBN 84-611-0188-X.
- RODRIGUES, J. [et. al.] – Transplantação Progenitores Hematopoiéticos *in* **Enfermagem Oncológica**. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-41-7.
- ROSENBAUM, Ernest - **Everyone's guide to cancer supportive care: a comprehensive handbook for patients and their families**. [s.n.]: Andrews McMeel Publishing, 2005. ISBN 9780740750410
- SANTOS, Adriano Dionísio dos; PITTA, Guilherme Benjamin Brandão – **Acesso Vascular para Quimioterapia**. Maceió: Burihan E, editores, 2003.

- STANHOPE, Márcia; [et. al.]. – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3.
- URDEN, Linda D.; STACY, Kathleen M.; LOUGH, Mary E. – **Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnósticos e Intervenções**. 5ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989-8075-08-6.
- UDINA, E. – **Enfermeria oncohematologica**. Barcelona: Masson, 1996. ISBN 84-458-0412-X.
- WHEDON, Marie B.; WUJCIK, Debra - **Blood and marrow stem cell transplantation: principles, practice, and nursing insights**. [s.n.]: Jones & Bartlett Publishers, 1997. ISBN 9780763703561

5.2. Referências Electrónicas

- <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/Default.aspx?PagelId=33> 05/06/09. 12h00.
- <http://emc.medicines.org.uk/printfriendlydocument.aspx?documentid=308&company...> 06/03/09. 11h20.

5.3. Outras Referencias

- ALBUQUERQUE, Marcos Pires – Cirurgia dos Cateteres de Longa Permanência (CLP) nos Centros de Transplante de Medula Óssea. **Medicina**. Ribeirão Preto. [s.n.]. 38 (2005) 125-142.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP): Versão Beta 2**. 2.ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 2003. ISBN 972-98149-5-3.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)**. Versão 1.0. 3.ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005. ISBN 92-95040-36-8.
- **Guia “O meu transplante- Perguntas e Respostas”**- Lisboa: [s.n.], 2008.
- HIGUCHI, Kathryn A. Smith; EDWARDS, Nancy; DANSECO, Evangeline; BAVIES, Barbara; MCCONNELL, Heather – Development of an Evaluation Tool for a Clinical Practice Guideline on Nursing Assessment and Device Selection for Vascular Access. **Journal of Infusion Nursing**. [s.n.]: [s.l.]. 1:30 (2007) 45-52.
- **Manual UTM II: objectivos, instalações, recursos humanos, assiduidade, formação, avaliação**. Lisboa: [s.n.], [s.d.].

- **Manual UTM IV: Regulamento e Normas da UTM, Normas IPOFG.** Lisboa: [s.n.], [s.d.].
- SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria – O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta Paul Enfermagem.** [s.n.]: [s.l.]. 18:3 (2005) 276-284.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Recomendações para a elaboração de guias orientadores de boa prática de cuidados.** Comissão de Formação, 2007.
- THIBODEAU, Suzanne; RILEY, Joann; ROUSE, Kimberly Buck – Effectiveness of a New Flushing and Maintenance Policy Using Peripherally Inserted Central Catheters for Adults. **Journal of Infusion Nursing.** [s.n.]: [s.l.]. 5:30 (2007) 287-292.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Folha de Registo de Enfermagem:

“Lista de verificação de preparação para TMO”



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

UNIDADE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS



REGISTOS DE ENFERMAGEM

- PREPARAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA -

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(Vinheta)

Tipo TMO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Data Prevista de admissão: _____

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
T.M.O.		
1. Tipo		
2. Condicionamento		
3. Infusão		
4. Recuperação Hematológica		
5. Efeitos Secundários		
6. Transfusões		
7. Complicações		

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Funcionamento da UTM		
11. Equipe multidisciplinar		
12. Quarto		
13. Protocolo de entrada		
14. Objectos pessoais		
15. Rotinas		
16. Visitas		

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Cateter Venoso Central		
8. Objectivo do CVC		
9. Implantação		
10. Cuidados		

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Gestão do Regime Terapêutico		
17. Cuidados de higiene		
18. Alimentação		
19. Exercício físico		

ENTREGUE GUIA:

VISITA UTM – INTERNAMENTO:

Observações:

Data _____ Enfermeiro _____

APÊNDICE II

Folha de Registo de Enfermagem:

“Lista de verificação de preparação para Alta”



INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DE LISBOA FRANCISCO GENTIL, E.P.E.

UNIDADE TRANSPLANTAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS



REGISTOS DE ENFERMAGEM

- PREPARAÇÃO PARA ALTA -

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(Vinheta)

Tipo TMO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Data de admissão: _____

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				PESSOA SIGNIFICATIVA			
	Ensino		Validação		Ensino		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
T.M.O.								
1. Efeitos Secundários								
2. Transfusões								
3. Complicações								
Cateter Venoso Central								
4. Cuidados								
Funcionamento da UTM								
5. Serviços de apoio								
6. Hospital de dia								
7. Equipe multidisciplinar								
8. Atendimento telefónico								
Gestão do Regime Terapêutico								
9. Cuidados de higiene								
10. Alimentação								
11. Actividade Sexual								
12. Exercício físico								
13. Trabalho/Escola								
14. Contacto com outras pessoas								
15. Medicação								

ENTREGUE GUIA DO TRANSPLANTADO:

DATA PREVISTA PARA ALTA:

Observações:

Data _____

Enfermeiro _____

ANEXOS

ANEXO I

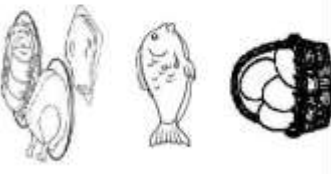
**Doenças tratadas com transplante de medula óssea ou
transplante de células sanguíneas indiferenciadas
periféricas**

Quadro I – Doenças tratadas com transplante de medula óssea ou transplante de células sanguíneas indiferenciadas periféricas (OTTO, 2000, p.679)

TIPO		DOENÇA
TMO	Maligno	Leucemia Mielogénica Aguda Leucemia Linfocítica Aguda Leucemia Mielogénica Crónica Síndrome Mielodisplásico Doença de Hodgkin Mieloma Múltiplo Câncer da Mama Neuroblastoma Câncer do Testículo Sarcoma de Ewing Rabdomiossarcoma Tumor de Wilm Melanoma Maligno Câncer de Pulmão
	Não Maligno	Anemia Aplásica Miofibrose Síndrome de Wiskott-Aldrich Síndrome de Imunodeficiência Combinada Grave Mucopolisacaridose Osteopetrose Doenças de armazenamento de lípidos Talassemia Hemoglobinúria paroxística noturna
Transplante de Células Sanguíneas Indiferenciadas		Leucemia aguda Tumores cerebrais Câncer da mama Doença de Hodgkin Mieloma Múltiplo Neuroblastoma Linfoma não Hodgkin Câncer do ovário Câncer de pequenas células do pulmão Sarcoma de Ewing; Leucemia Mielogénica Crónica

ANEXO II

- Recomendações sobre a alimentação após TMO -**

Grupo de Alimentos	Permitidos	Proibidos
Laticínios 	✓ Leite <u>UHT</u> ✓ Queijo embalado industrialmente produzido a partir de leite pasteurizado (Mozzarella, Flamengo, Gouda, Parmesão) ✓ Natas <u>pasteurizadas</u> ✓ Iogurte pasteurizado sem frutos secos ✓ Gelados, batidos caseiros sem morangos (com leite pasteurizado)	✓ Leite e queijo, iogurte e outros laticínios produzidos a partir de leite <u>não pasteurizado</u> ✓ Queijos com frutos secos e vegetais <u>crus</u> ✓ Queijos com fungos (Roquefort, Gorgonzola, Azul, Brie, Camembert, Feta) ✓ Queijos de produção artesanal ✓ Iogurtes com frutos secos
Carne, peixe e ovos 	✓ Todo o tipo de carne e peixe <u>bem cozinhada</u> (incluindo polvo, choccos e lulas) ✓ Fiambre de produção industrial em embalagens hermeticamente fechadas¹ ✓ Ovos <u>bem cozinhados (clara e gema)</u> ✓ Tofu² bem cozinhado ✓ Salsichas, atum e cogumelos enlatados	✓ Todo o tipo de carne crua ou mal passada ✓ Produtos de fumeiro (ex: chouriço, salmão) ✓ Ovos <u>crus ou mal passados</u> ✓ Tempeh e seus derivados

¹ O fiambre deteriora-se rapidamente, por isso apenas deve ser consumido logo após a abertura da embalagem.

² Para confeccionar o tofu é necessário cortá-lo em cubos pequenos, e cozê-lo no mínimo durante cinco minutos, antes de ser consumido ou integrado em receitas. Este processo deixa de ser necessário se o tofu está a temperatura ambiente no local de comercialização.

Grupo de Alimentos	Permitidos	Proibidos
Frutas e frutos secos 	✓ Fruta em calda enlatada ✓ Sumos de fruta pasteurizados ✓ <u>Fruta de casca grossa, bem lavados e descascados</u> ✓ Sumos de fruta de casca grossa ✓ Manteiga de amendoim de fabrico industrial	✓ <u>Frutas cruas por lavar</u> ✓ Frutos secos ✓ Sumos de fruta ou vegetais <u>não permitidos não pasteurizados</u> ✓ <u>Frutas de casca muito fina, difíceis de descascar</u> (ex: morangos, uvas, cerejas)³
Vegetais 	✓ Todo o tipo de vegetais e batatas bem cozinhados (enlatados, frescos e congelados) ✓ <u>Vegetais crus bem lavados</u> ✓ Ervas aromáticas frescas <u>bem lavadas, cozinhadas</u> ✓ Sopas sem enchidos	✓ Saladas comerciais refrigeradas ✓ Todos os produtos derivados de miso (ex.: sopa de miso)

³ Normalmente permitidas 3 meses após transplante, confirmar com o médico assistente.

Grupo de Alimentos	Permitidos	Proibidos
Gorduras 	✓ Óleo ✓ Azeite em doses individuais ✓ Banha refrigerada ✓ Margarina e manteiga (em doses individuais) ✓ Maionese e molhos de produção industrial⁴, em doses individuais ✓ Molhos sujeitos a cozedura ✓ Vinagre	✓ Molhos crus refrigerados que contenham queijo (roquefort, azul, etc) e/ou ovos crus
Suplementos 	✓ Suplementos energéticos (Fortimel, Resource Diabético e 2.0, etc) ✓ Formulas para lactentes (pó e líquido) ✓ Suplementos modulares (Protifar, Fantomalt)	
Diversos 	✓ Sal, açúcar branco e castanho em embalagens individuais ✓ Ketchup, mostarda, molho de soja (doses individuais) ✓ Polpa de tomate ou tomate pelado para cozinhar ✓ Guloseimas e pastilhas elásticas (sem açúcar) ✓ Guloseimas e pastilhas elásticas⁵	✓ Mel ✓ Levedura

⁴ São permitidas 2 meses após a alta.

Apêndice F: Planeamento da acção formativa dirigida à equipa de enfermagem para apresentação da Lista de Verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao transplante de medula óssea – Preparação e Alta, e respetivo guia orientador.

PLANO DE SESSÃO

Tema: Lista de verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea - Preparação e Alta

Local: Sala de Reuniões da UTM Internamento e Sala de Reuniões da UTM Hospital de Dia

Data/hora: 22 de Junho às 8 horas e às 15 horas e 30 minutos; 25 de Junho às 15 horas e 30 minutos; 20 de Julho às 8 horas; 23 de Julho às 15 horas e 30 minutos.

População-Alvo: Equipa de Enfermagem da UTM do IPOLFG-EPE

População-alvo	Local	Data	Hora
Equipa de Enfermagem da UTM – Internamento	Sala de Reuniões da UTM – Internamento	22/06/09	8h00min
Equipa de Enfermagem da UTM – H.D.	Sala de Reuniões da UTM – H.D.	22/06/09	15h30min
Equipa de Enfermagem da UTM – Internamento	Sala de Reuniões da UTM – Internamento	25/06/09	15h30min
Equipa de Enfermagem da UTM – Internamento	Sala de Reuniões da UTM – Internamento	20/07/09	8h00min
Equipa de Enfermagem da UTM – H.D.	Sala de Reuniões da UTM – H.D.	23/07/09	15h30min

Quadro X.

Objectivos

Geral: Melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem prestados ao utente e familiares e/ou pessoas significativas, através do aumento dos seus conhecimentos sobre o TMO e cuidados após TMO.

Específicos:

- Apresentar o trabalho de projecto realizado;
- Fundamentar a importância da aquisição de conhecimentos na preparação do utente e familiar e/ou prestador de cuidados para o TMO e a admissão na UTM;
- Fundamentar a importância da preparação do utente para o TMO;
- Fundamentar a importância da aquisição de conhecimentos do utente e familiar e/ou prestador de cuidados sobre os cuidados referentes ao TMO, no período após a alta;
- Fundamentar a importância da uniformização da informação transmitida;
- Fundamentar a utilização de um instrumento que estruture e uniformize a informação transmitida na preparação para o TMO;
- Apresentar a *lista de verificação* de Preparação para o TMO;
- Apresentar a *lista de verificação* de Preparação para alta;
- Indicar a forma de operacionalização das Listas de verificações;
- Apresentar o Guia de Orientação para a Utilização da lista de verificação;
- Disponibilizar a lista de verificação de Preparação para o TMO;
- Disponibilizar a lista de verificação de Preparação para alta;
- Disponibilizar o Guia de Orientação para a Utilização da lista de verificação.

Duração prevista: 30 minutos cada sessão

Fases da Apresentação	Conteúdos	Objectivos	Duração (min.)	Material e equipamentos utilizados	Diapositivos
Introdução	- Apresentação dos oradores. - Apresentação da temática. - Referência oral aos objectivos da sessão. - Apresentação da sequência da sessão.	- Demonstrar disponibilidade. - Dar a conhecer a temática e a sua importância. - Indicar sumariamente os objectivos da sessão. - Indicar os conteúdos e a ordem de abordagem na sessão.	2	Método expositivo. Projectção de diapositivos.	1º
Desenvolvimento	- Origem da temática.	- Apresentar este trabalho de projecto. - Identificar as principais etapas do projecto. - Descrever as etapas do projecto. - Identificar o projecto final.	20	Método expositivo. Projectção de diapositivos. Lista de verificação. Guia de Operacionalização das listas de verificação.	2º-41º
	- Importância da aquisição de conhecimentos	- Destacar a importância da aquisição de conhecimentos no TMO. - Enumerar aspectos onde a aquisição de conhecimentos sobre o TMO tem relevância, de acordo com referências bibliográficas. - Identificar os tópicos mais importantes a abordar antes do TMO, de acordo com referências bibliográficas. - Identificar os tópicos mais importantes a abordar na preparação para a alta do TMO, de acordo com referências bibliográficas.			
	- Preparação do utente	- Introduzir a utilização de lista de verificação's na preparação dos utentes.			
	- Lista de verificação	- Definir o conceito de lista de verificação. - Destacar a importância da utilização da lista de verificação para a uniformização. - Identificar os objectivos das lista de verificação's. - Explicitar a utilidade das lista de verificação's no TMO.			
	- Lista de verificação de Preparação para o TMO	- Apresentar a lista de verificação construída. - Apresentar os objectivos da lista de verificação. - Distribuir a lista de verificação.			

		- Descrever a lista de verificação. - Instruir sobre a utilização da lista de verificação.			
	- Lista de verificação de Preparação para a Alta	- Apresentar a lista de verificação construída. - Apresentar os objectivos da lista de verificação. - Distribuir a lista de verificação. - Descrever a lista de verificação. - Instruir sobre a utilização da lista de verificação.			
	- Guia de Operacionalização das lista de verificação	- Apresentar o guia construído. - Distribui o guia. - Descrever o guia. - Instruir sobre a utilização do guia.			
Síntese/ Conclusão	- Síntese dos aspectos significativos.	- Reforçar os conteúdos abordados mais importantes. - Sintetizar os aspectos mais importantes.	2	Método expositivo. Projectão de diapositivos.	42°
Avaliação	- <i>Feedback</i>	- Esclarecer sobre eventuais dúvidas. - Avaliar a intervenção.	5	Método interactivo. Projectão de diapositivos.	42°
Bibliografia	- Lista da bibliografia consultada para a realização do trabalho	- Identificar a bibliografia consultada.	0,5	Método expositivo. Projectão de diapositivos.	43°- 44°
Agradecimentos	- Agradecimentos	- Agradecer a disponibilidade e a colaboração. - Permitir a continuidade da aquisição de conhecimentos e esclarecimentos de dúvidas pontuais. - Permitir a partilha de informação com os pares.	0,5	Método expositivo. Projectão de Diapositivos	45°

Tabela X. Plano da Sessão – Apresentação da lista de verificação de Preparação para o TMO e para a Alta

Apêndice G: Acção formativa dirigida à equipa de enfermagem para apresentação em Power Point da Lista de Verificação para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao transplante de medula óssea – Preparação e Alta, e respetivo guia orientador.

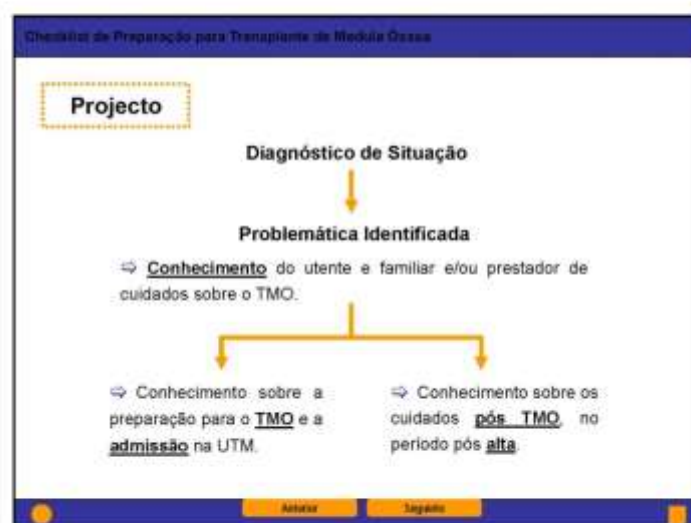
Unidade de Transplantação Medular

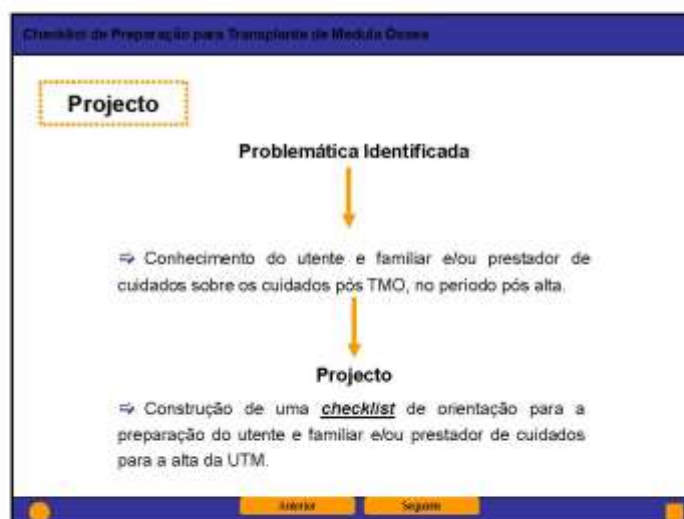
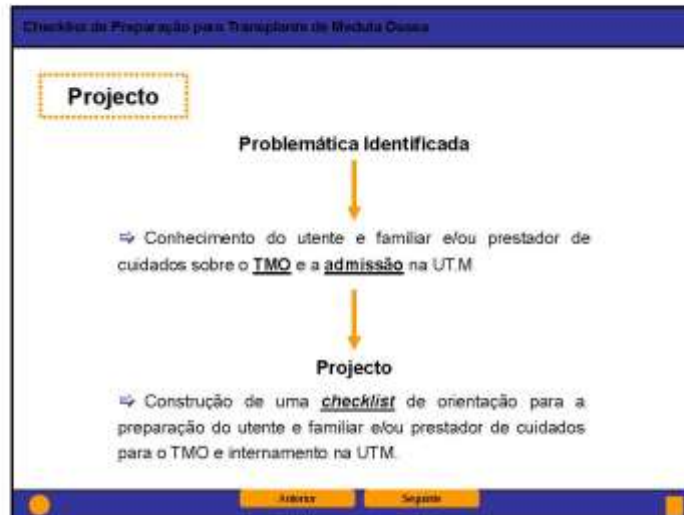
Checklist para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao Transplante de Medula Óssea

- Preparação e Alta -

22 de Junho de 2009

Enf.ª Cláudia Pinhão
Enf.ª Filipa Banha





Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Conhecimento sobre o TMO

Ensino ⇒ *chave para proporcionar assistência aos doentes e familiares durante o transplante, nas suas várias fases.*

Importância:

- ⇒ Facilita a adaptação do utente (HO et al., 2002).
- ⇒ Tranquilizar o utente fase ao tratamento;
- ⇒ Esclarecimento de dúvidas e explicação do TMO;
- ⇒ Instruir para comportamentos facilitadores do transplante (Keller 2004).

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Conhecimento sobre o TMO

Tópicos a abordar antes do TMO:

- ⇒ processo de transplante;
- ⇒ cateter venoso central;
- ⇒ efeitos secundários;
- ⇒ complicações do transplante;
- ⇒ cuidados de apoio (antibioterapia, suporte transfusional, ...);
- ⇒ alta.

Keller (2004)

A preparação do utente para o internamento para TMO, focando vários ensinios, e o acolhimento nos serviços **são essenciais**.

Kumpf e Privitera (2007)

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Preparação dos utentes

Em enfermagem, o ensino e a transmissão de informação devem ser previamente planeados.
Phaneuf, 2006

A existência de um Instrumento de referência facilita a intervenção e garante qualidade de cuidados.
Muller e Glennon (2007, p.716)

Memorandos, Listagens, Checklist's, ...

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Checklist

- ⇒ Lista organizada de itens numa sequência lógica;
- ⇒ Lista pequena e concisa;
- ⇒ Cada item serve um propósito distinto.

As Checklist ajudam o enfermeiro a melhorar os cuidados ao utente antes, durante e depois dos procedimentos.
Coloff e Mayer (2003)

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Checklist

Objectivos:

- ⇒ Garantir que todos os aspectos são abordados;
- ⇒ Garantir a uniformização.

Muller e Glennon (2007)

- ⇒ Guiar os ensinos e procedimentos;
- ⇒ Garantir a continuidade dos cuidados;
- ⇒ Documentar os ensinos realizados;
- ⇒ Garantir a qualidade dos cuidados.

Vu (2007)

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Checklist

Utilização no TMO:

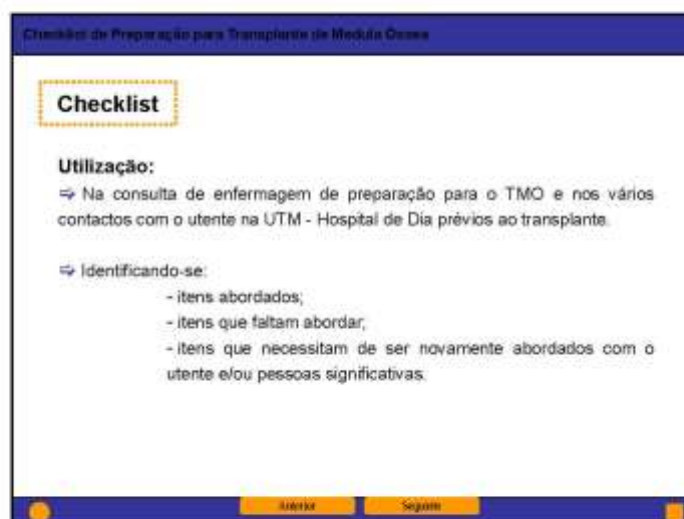
- ⇒ Organizar ensino;
- ⇒ Garantir que todos os tópicos são abordados;
- ⇒ Identificar necessidades;
- ⇒ Antecipar problemas;

⇒ Aumento da qualidade dos cuidados;

⇒ Aumento da satisfação dos clientes.

Kumpf e Privitera (2007)

Anterior Seguinte



Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Objectivos da Checklist

Geral:

- ⇒ Melhorar a qualidade dos cuidados na preparação do utente e familiares e/ou pessoas significativas para o TMO e internamento na UTM, através do aumento dos seus conhecimentos.

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Objectivos da Checklist

Específicos:

- ⇒ Orientar a actuação nos momentos de preparação do utente e familiar e/ou prestador de cuidados para o TMO e internamento na UTM.
- ⇒ Padronizar a informação transmitida ao utente e familiares e/ou pessoas significativas sobre o TMO e o internamento na UTM.
- ⇒ Documentar os ensinamentos ao utente e familiares e/ou pessoas significativas sobre o TMO e o internamento na UTM.

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para TMO

O formulário é composto por várias secções:

- Cabeçalho:** Contém o logótipo do hospital e o nome do hospital.
- Identificação do Doente:** Inclui campos para nome, idade, sexo, etc.
- Dados do TMO:** Inclui campos para data, hora, etc.
- Temáticas a Abordar:** Uma tabela com 4 colunas e 5 linhas para registar as temáticas a abordar.
- Guia:** Inclui campos para data de internamento, etc.
- Observações:** Uma área de texto para registar observações.
- Identificação do Enf.:** Inclui campos para nome, etc.

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Identificação do Doente e Dados do TMO

- PREPARAÇÃO PARA TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA -

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(Visíveis)

Tipo TMO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Data Prevista de admissão: _____

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENFERM		TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENFERM	
	TIPO DE	PRIMA INDICATIVA		TIPO DE	PRIMA INDICATIVA
T.M.O.			Transplante de T.M.O.		
1. Tipo			11. Equipe multidisciplinar		
2. Condicionamento			12. Quimio		
3. Infusão			13. Protocolo de entrada		
4. Recuperação			14. Objectivos pessoais		
5. Transfusão			15. Rotação		
6. Estado Social/psic			16. Visão		
7. Transfusão					
8. Complicações					

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENFERM		TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENFERM	
	TIPO DE	PRIMA INDICATIVA		TIPO DE	PRIMA INDICATIVA
Cuidado - Visão Central			Cuidado do Regime Terapêutico		
9. Objectivos do CPE			17. Cuidados de higiene		
10. Implementação			18. Alimentação		
11. Cuidados			19. Drenagem física		

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Transplante

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
T.M.O.		
1. Tipo		
2. Condicionamento		
3. Infusão		
4. Recuperação Hematológica		
5. Efeitos Secundários		
6. Transfusões		
7. Complicações		

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Cateter Venoso Central

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Cateter Venoso Central		
8. Objectivo do CVC		
9. Implantação		
10. Cuidados		

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Funcionamento da UTM

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Funcionamento da UTM		
11. Equipe multidisciplinar		
12. Quarto		
13. Protocolo de entrada		
14. Objectos pessoais		
15. Rotinas		
16. Visitas		

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Gestão do Regime Terapêutico

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO	
	UTENTE	PESSOA SIGNIFICATIVA
Gestão do Regime Terapêutico		
17. Cuidados de higiene		
18. Alimentação		
19. Exercício físico		

Anterior Seguinte

15-07-2009

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

**Entrega do Guia
e Data Prevista para o TMO**

ENTREGUE GUIA:

VISITA UTM – INTERNAMENTO:

Antes Segue

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Observações

Observações:

Data _____ Enfermeiro _____

Antes Segue

[illegible]

Checklist de Preparação para a Alta

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Checklist

Utilização:

- ⇒ No internamento, colocando-se no processo de enfermagem, para reisto diário pelo enfermeiro responsável.

⇒ Identificando-se:

- itens abordados;
- itens que faltam abordar;
- itens validados;
- itens que necessitam de ser novamente abordados com o utente e/ou pessoas significativas;
- data e responsável pelo ensino.

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Objectivos da Checklist

Geral:

- ⇒ Melhorar a qualidade dos cuidados na preparação do utente e familiares e/ou pessoas significativas para o período pós alta de TMO, através do aumento dos seus conhecimentos.

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Checklist de Preparação para a Alta

Annotations:

- Cabeçalho
- Identificação do Doente
- Dados do TMO
- Temáticas a Abordar
- Guia
- Data da Alta
- Observações
- Identificação do Enf.

Buttons: Anterior, Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Identificação do Doente e Dados do TMO

- PREPARAÇÃO PARA ALTA -

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE

(Vinheta)

Tipo TMO: _____

Diagnóstico Clínico: _____

Data de admissão: _____

Buttons: Anterior, Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO CURSO							
	CURSO				PÓS-CURSO			
	Exames		Validação		Exames		Validação	
	Data	Ref.	Data	Ref.	Data	Ref.	Data	Ref.
T.M.O.								
1. Efeitos Secundários								
2. Transfúses								
3. Complicações								
4. Outros								
5. Outros								
6. Outros								
7. Outros								
8. Outros								
9. Outros								
10. Outros								
11. Outros								
12. Outros								
13. Outros								
14. Outros								
15. Outros								

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Transplante

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO CURSO							
	CURSO				PÓS-CURSO			
	Exames		Validação		Exames		Validação	
	Data	Ref.	Data	Ref.	Data	Ref.	Data	Ref.
T.M.O.								
1. Efeitos Secundários								
2. Transfúses								
3. Complicações								

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Cateter Venoso Central

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				Pessoa Significativa			
	Existe		Validação		Existe		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
Cateter Venoso Central								
4. Cuidados								

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Funcionamento da UTM

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO ENSINO							
	UTENTE				Pessoa Significativa			
	Existe		Validação		Existe		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
Funcionamento da UTM								
5. Serviços de apoio								
6. Hospital de dia								
7. Equipe multidisciplinar								
8. Atendimento telefónico								

Anterior Seguinte

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Temáticas a Abordar

Gestão do Regime Terapêutico

TEMÁTICAS ABORDADAS	ALVO DO REGIME							
	USUÁRIO				Pessoa Responsável			
	Início		Validação		Início		Validação	
	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.	Data	Enf.
Gestão do Regime Terapêutico								
9. Cuidados de higiene								
10. Alimentação								
11. Atividade Sexual								
12. Exercício físico								
13. Trabalho/Escola								
14. Contato com outras pessoas								
15. Medicação								

Anterior Seguinte

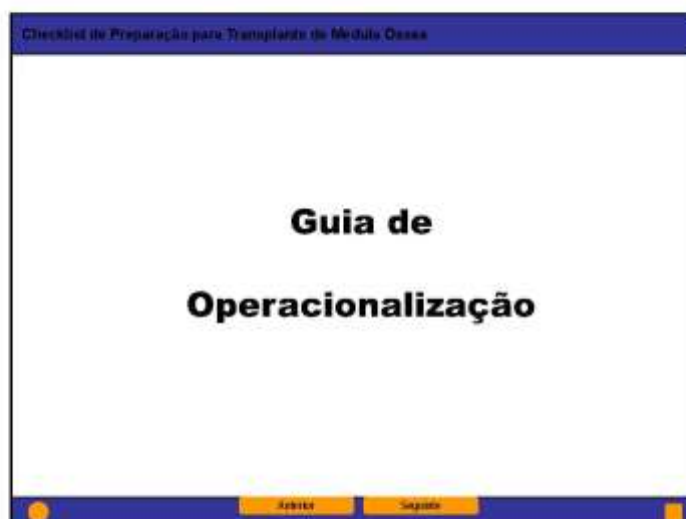
Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

**Entrega do Guia
e Data Prevista para a Alta**

ENTREGUE GUIA DO TRANSPLANTADO:

DATA PREVISTA PARA ALTA:

Anterior Seguinte



Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Bibliografia

- ♦ CHAUFGAR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos ontológico-humanista da relação do ajuda**. Louses: Lousada, 2008. ISBN 978-9987-9075-05-5.
- ♦ COLOFF, Kelly; MAYER, Dale – Pre-procedures: Make a list and check it twice – When used appropriately and consistently, pre-procedure checklist enhance patient safety and care efficiency. **Nursing Management**. [s.l.] [s.n.] [2000] 45-47.
- ♦ DREGER, P.; SCHMITZ, N. – Sources vs Stem Cells: Autographs. In: **INFERLEY, J., CLUCKMAN, E., GRATWOHL, A. (coord.) – Blood and Marrow Transplantation: The EBMT Handbook**. Paris: Quatre Bio, 1998.
- ♦ GRATWOHL, A. – Organizational Aspects. In: **INFERLEY, J., CLUCKMAN, E., GRATWOHL, A. (coord.) – Blood and Marrow Transplantation: The EBMT Handbook**. Paris: Quatre Bio, 1998.
- ♦ HO, S. M. Y.; HORNE, L.; SZER, J. - The Adaptation of Patients During the Hospitalization Period of Bone Marrow Transplantation. **Journal of Clinical Psychology in Medical Settings**. [s.l.] [s.n.] [2002] 167-175.
- ♦ JACKSON, S. R.; TREEDDALE, M. G.; BARNETT, M. J.; SPINELL, J. J.; SUTHERLAND, H. J.; REECE, D. E.; KLINGEMANN, H.-G.; NANTSEL, S. H.; FUNG, H. G.; TOZE, G. L.; PHILLIPS, G. L.; SHEPHERD, J. D. – Adhesion of bone marrow transplant recipients to the intensive care unit: outcome, survival and prognostic factors. **Bone Marrow Transplantation** [s.l.] [s.a.] [21. ISSN 0268-3995] (1998) 667-704.
- ♦ KELLER, Cláudia – **Transplante de Medula Óssea**. In: **BILRO, Maria Erolia Simões; CRUZ, Acemílio Guardado (coord.) – Enfermagem Oncológica**. 1ª Edição. Coimbra: Formareus, 2004. ISBN 972-8485-41-7.
- ♦ KUMPF, Rose; PRYTHIERE, Lisa – Pre-Bone Marrow Transplant Workshop. **Oncology Nursing Forum**. [s.l.] [s.n.] [2007] 958-959.

Autores **Segunda**

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Bibliografia

- ✦ MCDONOUGH, Noreen – Admissão e Alta Hospitalar // BOLANDER, V. B. – SORENSEN & LUCKMANN – Enfermagem Fundamental. 1ª Edição, Lisboa: Lusodidata, 1996. ISBN 972-96610-6-5.
- ✦ MOREIRA, Carlos; CASTANHEIRA, Isabel; REIS, Teresa – Acolhimento do doente oncológico: o que valorizam os enfermeiros?. Revista Investigação em Enfermagem. [s.l.]: [s.n.] 8 (2003) 27-36.
- ✦ MUELLER, Peggy S.; GLENNON, Catherine A. – A Nurse-Developed Prechemotherapy Education Checklist. Clinical Journal of Oncology Nursing. [s.l.]: [s.n.] 11:5 (2007) 715-719.
- ✦ MUNHALL, PL. – Moral development: a prerequisite - The Journal of Nursing Education. [s.n.]: [s.l.] 21:6 (1982) 11-5. ISSN: 0148-4834.
- ✦ PHANEUF, Margot – Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação. Laures: Lusocência, 2005. ISBN 972-8383-84-3.
- ✦ POKORNY, Kim Schmit; FRANCO, Theresa; FRAPPIER, Setina; VYHLIDAL, Ruth Caddy - The Cooperative Care Model: An Innovative Approach to Deliver Blood and Marrow Stem Cell Transplant Care. Clinical Journal of Oncology Nursing. [s.l.]: [s.n.] 7:5 (2003) 508-514,556.
- ✦ RODRIGUES, João Fernandes; CARLOS, Dulcineia Nascimento – Transplantação de Progenitores Hematopoéticos. // BILRO, Maria Encília Simões; CRUZ, Aeménio Guardado (coord.) – Enfermagem Oncológica. 1ª Edição. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8495-41-7.
- ✦ SILVA, Susana Alexandra; DIAS, Vera Lúcia Silva M. – Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica na pós-quimioterapia: definição de guideline. Onco.news. [s.l.]: [s.n.] 1:1 (2007) 11-17.
- ✦ VU, Victoria – Patient Education Checklist Tool: Implementing a Method to Provide Consistent Patient Education. Oncology Nursing Forum. [s.l.]: [s.n.] 34:2 (2007) 463.

[Anterior](#) [Seguinte](#)

Checklist de Preparação para Transplante de Medula Óssea

Obrigado

[Anterior](#) [Seguinte](#)

Apêndice H: Bases de dados de produção e investigação científica
das áreas das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem
(EBSCO, 2012)

- EBSCO, que permite o acesso a bases de dados de produção e investigação científica das áreas das Ciências da Saúde e das Ciências de Enfermagem, (EBSCO, 2012):

(i) Educational Resource Information Center (ERIC): possui mais de 1.300.000 registos e links para mais de 323.000 documentos em texto completo que remontam a 1966.

(ii) CINAHL® Plus with Full Text: é a fonte mais abrangente de periódicos científicos sobre desporto e medicina desportiva, fornecendo o texto completo de mais de 760 periódicos científicos indexados no SPORTDiscus.

(iii) Nursing & Allied Health Collection (tm): base de dados que fornece o texto completo de aproximadamente 400 periódicos científicos que englobam as áreas de enfermagem, biomedicina, ciências da saúde, saúde do consumidor e disciplinas de saúde relacionadas; Praticamente todos os títulos em texto completo incluídos em Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition são indexados no CINAHL;

(iv) British Nursing Index: é uma base de dados de enfermagem do Reino Unido, abrangendo mais de 240 revistas do Reino Unido e outros títulos de língua inglesa, inclusivamente a enfermagem internacional e revistas de obstetrícia, bem como, conteúdos seleccionados no âmbito médico e títulos de gestão;

(v) Cochrane Collection: inclui Cochrane Methodology Register (uma bibliografia de publicações que informam os métodos usados na realização de testes controlados), o Cochrane Controlled Trials Register (bibliografia de testes controlados identificados por colaboradores), e o Cochrane Database of Systematic Reviews (contém artigos em texto completo e protocolos voltados para os efeitos de tratamentos de saúde, com dados, extraídos da medicina baseada em evidências, combinados com estatísticas (com meta-análise));

(vi) MedicLatina (tm): base de dados em espanhol, e contém o texto completo de 130 revistas médicas (latino-americanas e espanholas) analisadas por especialistas em espanhol nativo;

(vii) MEDLINE® with Full Text: é a fonte mais abrangente do mundo de texto completo para periódicos médicos e fornece texto completo para mais de 1.450 periódicos indexados no MEDLINE;

(viii) O Academic Search Complete: é a base de dados de texto completo académico multidisciplinar com mais de 7.900 periódicos de texto completo, incluindo mais de 6.800 periódicos analisados por colegas. Além do texto completo, esse banco de dados oferece indexação e resumo

para mais de 11.900 periódicos e um total de mais de 12.000 publicações, incluindo monografias, relatórios, anais de conferências, entre outros;

(ix) O Health Technology Assessments (HTA): fornece detalhes e avaliações contínuas sobre análises de tecnologia de saúde (estudos médicos, sociais, éticos e implicações econômicas de intervenções na área da saúde) de todo o mundo;

(x) O Database of Abstracts of Reviews of Effects: inclui os resumos de resenhas sistemáticas publicadas sobre os efeitos de tratamentos de saúde, analisados de forma crítica de acordo com critérios de alto padrão, ainda não sujeitos a análise Cochrane.

Fonte disponível em <http://search.ebscohost.com/>, acessado a 12.12.2011, 23:00.

Apêndice I: Análise descritiva dos artigos selecionados: dados identificativos, fonte, dados metodológicos, objectivo, classificação NE e resumo dos principais resultados

KIRSCH M, CROMBEZ P, CALZA S, EELTINK C, JOHANSSON E. (2011). Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: A survey from the Nurses Group of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. *Bone Marrow Transplant*: 1-3. Disponível em <<http://www.nature.com/bmt/journal/vaop/ncurrent/full/bmt2011223a.html>>, acedido a 22.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E1	Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: a survey from the Nurses Group of the European Group for blood and marrow transplantation	2011	Kirsch, M.; Crombez, P.; Calza, C.; Eeltink, C.; Johansson, E.	Bone Marrow Transplantation	Inglês Suíça	Bone Marrow Transplantation	Estudo Descritivo Exploratório (NE: VI) . Enfermeira e médico (N=239 e 47) a exercer em contexto de TPH . Questionário	Identificar as percepções dos profissionais de saúde relativamente ao tipo e quantidade de informação disponibilizada no primeiro ano após a pessoa ser submetida a TPH.

Resumo E1: A percepção do médico e enfermeiro caracterizados com parâmetros demográficos: idade, anos de experiência em TPH, regime de horário de trabalho, tipo de população alvo de cuidados e tipo de TPH concretizados no centro, regime de prestação de cuidados do contexto e país ou estado em que se localiza o centro de TPH. Identificam que a maior parte da informação recebida pelos doentes é acerca da doença (65.5%) e testes médicos (65.5%), seguido de autoajuda (54.8%), tratamentos (53.9%) e diferentes serviços de cuidados (50.8%). Os prestadores de cuidados pensam que os doentes recebem menos informações acerca de outros serviços (48.0%). A informação é disponibilizada em formato escrito (89.6 %) e com menos frequência em formato CD ou cassete/vídeo (9.5%). A maioria dos prestadores de cuidados relataram que os doentes têm o desejo de maior disponibilização de informação (76.5%) e apenas uma minoria sente que os doentes desejam ter menos informação (7.6%). 85 % dos prestadores concluem que a informação transmitida é absolutamente ou muito útil. Os enfermeiros consideram que os doentes recebem menos informação do que consideram os médicos, possivelmente associado ao papel do enfermeiro na continuidade da transmissão de informação, de forma a clarificar a informação fornecida pelos médicos;

ou pela existência de formas não estruturadas de transmissão de informação e registo. Existe a percepção da satisfação com a informação disponibilizada, mas que é necessária mais informação.

KNOPF, K. (2011). Core Competencies for Bone Marrow Transplantation Nurse Practitioners. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 15(1), 102-105. Disponível em<<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=62f8f062-65e2-43cf-b4d8-7eb50f18ae8b%40sessionmgr110&vid=2&hid=104>>, acessado a 24.12.2011;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E2	Core competencies for bone marrow transplantation nurse practioers.	2011	Knopf, K.	Clinical Journal of Oncology Nursing	Inglês USA	Academic Search Complete	Revisão da Literatura (NE: V) Conceito chave: "competencies BMT nurse".	Apresentar a revisão da literatura e normas que regulam a profissão para desenvolver a fundamentação das competências clínicas e profissionais do enfermeiro em TPH.

Resumo E2: A função do profissional de enfermagem em TPH tem sido implementada na maioria dos maiores centros académicos de transplantação, existindo a oportunidade para a liderança na gestão clínica dos doentes submetidos a TPH. Com base na literatura e nas normas orientadoras da profissão Associação Americana de Enfermagem de Cuidados Críticos (AACN) e Sociedade de Enfermagem Oncológica (ONS)), são definidas as competências profissionais e clínicas específicas do profissional de enfermagem em TPH: Cuidados de saúde holístico ao longo dos contextos de cuidados e coordenação do cuidado desde o contexto de unidade de cuidados intensivo através da recuperação e sobrevivência. Foram definidas competências: Planeamento de tratamento ao longo do processo TPH; realização de procedimentos de diagnóstico; Estabelecimento de relação de cuidados enfermeiro- Pessoa submetida a TPH; Educação do Doente; Papel profissional de relações colaborativas; gestão do sistema de saúde; Assegurar a qualidade da prática de cuidados; Cuidados das diversas populações.

BRAY, L., JORDENS, C. C., ROWLINGS, P., BRADSTOCK, K., KERRIDGE, I. (2011). The long haul: Caring for bone marrow transplant patients in regional Australia. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 29(1), 5-13. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=14&hid=14>>, acessado a 4.01.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E3	The long haul: Caring for bone marrow transplant patients in regional Australia	2011	Bray, L.; Jordens, C.; Rowlings, P.; Bradstock, K.; Kerridge, I.	Australian Journal Of Advanced Nursing	Inglês	Australia	Academic Search Complete	Estudo Descritivo Exploratório (NE: VI) Sobrevivente alo TPH (N=37); Questionário	Avaliar a percepção, e serviços prestados a pessoas de áreas regionais da Australia referenciadas para um hospital central, para alo-TPH e comparar a qualidade de vida com populações similares.

Resumo E3: Os participantes relataram terem recebido informação acerca do TPH sobretudo através do enfermeiro coordenador/especialista em TPH, seguido do médico e mediante recursos ou eventos promovidos especificamente com esse objetivo; 51% refere ter obtido através do enfermeiro. A maioria (78%) referiu sentir-se preparado para o processo de transplante pela informação recebida, e a maioria também referiu estar fisicamente (78%) e emocionalmente (62%) preparado para o transplante no momento da admissão. Isto concorda com as expectativas com a experiência de TPH. A maioria dos participantes experienciou efeitos adversos significativos com o TPH alogénico; 27% necessitou de readmissão hospitalar e 15% admissão na Unidade de cuidados intensivos. Os cônjuges (59%) e os pais (32%) foram a principal fonte de suporte durante o TPH. Ainda que seja referido um grau de solidão, existe a confirmação de que as necessidades foram satisfeitas e o suporte efetivo foi providenciado durante e após o TPH por cuidadores profissionais e informais. Foi referido que este suporte foi providenciado pela restante equipa multidisciplinar; Existem relatos de pressão para voltar ao trabalho aquando da recuperação do transplante. Uma proporção significativa dos respondentes usufruiu dos recursos educacionais (32%) e de seminários (19%). Dentro de 3

a 12 meses, a qualidade de vida da pessoa submetida a TPH retorna aos níveis anteriores ao TPH. A experiência dos doentes das áreas rurais/regionais aparentemente não é pior que a relatada por populações similares, o que sugere que o impacto da distância é relativizado com os cuidados de suporte antes e depois do transplante prestados pela Profissional de enfermagem de coordenação clínica em colaboração com as redes de apoio social e organizações.

BEVANS, M.; CASTRO, K.; PRINCE, P.; SHELBURNE, N.; PRACHENKO, O.; LOSCALZO, M.; ZABORA, J. (2010). An individualized dyadic problem-solving education intervention for patients and family caregivers during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33(2), E24-E32; Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=5&hid=105&sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=20142739>> acessado a 4.01.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E4	An individualized dyadic problem-solving education intervention for patients and family caregivers during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a feasibility study.	2010	Bevans M; Castro K; Prince Shelburne Prachenko Loscalzo M; Soeken K; Zabora	Cancer Nursing	Inglês	EUA	Google Scholar	Estudo pré Experimental sem randomização (NE: IV) . Diade em TPH (N=8); . 4 sessões formativas, questionário e entrevista.	Avaliar a viabilidade de conduzir intervenções educativas individualizadas de resolução de problemas para as diades em processo de TPH e estimar o efeito preliminar no grau de capacidade de resolução de problemas e stress.

Resumo E4: Doente com idade média de 53 anos de idade; casado (87.5%); maior frequência bacharelado; diagnósticos mais frequentes de LMA, DNH, LLC; tipo de TPH mais frequente: Alogénico; média de internamento dos participantes é de 14.5 dias, sendo a média de 16 tendo em conta a soma dos dias após reinternamento. Cuidadores com média de idades de 53.9 anos de idade. Os sujeitos e cuidadores relatam baixos níveis de sobrecarga sintomática, sendo identificado 3 categorias de problemas: problemas físicos do doente (ex: fadiga, apetite e aspetos relacionados com sexualidade); problemas psicológicos dos cuidadores familiares (ansiedade e reorganização de papeis); desafios da relação (comunicação com a equipa de TPH e entre ambos; tensão conjugal). Aspetos relacionados com: alteração de papéis e necessidade de trabalhar e localização da residência, limitam a disponibilidade

do cuidador. Foi relatada a satisfação relacionada com cada sessão ao longo do programa, mas o grau de satisfação maior foi com a sessão próxima da alta clínica, de forma individual. Foram referidas como oportunidades para falar, informação específica, e pensamento criativo. Os menos satisfatórios foram o preenchimento do questionário de avaliação e a repetição do guia de cuidados para casa. Resultados de satisfação relativamente ao programa em geral que teve o número de sessões adequado, de estratégias de resolução de problemas, o guia de cuidados para casa e intervenção útil. Os familiares classificaram o programa com mais utilidade do que os doentes. Foi avaliada a função familiar como saudável, sobre os indivíduos estudados e submetidos ao TPH. As díades referem que o processo de transplante acarreta bastante incerteza. Providenciar sessão durante a visita hospitalar agendada e por conveniência da díade permitiu a adesão de 90% às sessões com altos níveis de satisfação. Os profissionais que realizaram a intervenção, para além do horário completo disponibilizaram tempo para realizar as intervenções, 60 minutos. Menos sessões devem ser apropriadas; O significado da sessão é maior na preparação para alta. Vieses na amostra pequena e nas medidas de seleção administradas.

FERGUSON, P.; JORDENS, C.; GILROY, N. (2010). Patient and family education in HSCT: improving awareness of respiratory virus infection and influenza vaccination. A descriptive study and brief intervention. *Bone Marrow Transplantation*, 45(4), 656-661. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=8&hid=14>> acedido a 2.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E5	Patient and family education in HSCT: improving awareness of respiratory virus infection and influenza vaccination. A descriptive study and brief intervention	2010	Ferguson E; Jordens F; Gilroy M.	Bone Marrow Transplantation	Inglês	Austrália	Bone Marrow Transplantation	Estudo pré Experimental sem randomização (NE: IV) . Doente/família/amigo (N=139) . Questionário antes e após intervenção . Entrevista	Avaliar o conhecimento do doente, família e amigos acerca do risco de infeções respiratórias após TPH e medidas de prevenção; Avaliar intervenção educacional desenhada para sensibilização das medidas preventivas e vacinação.

Resumo E5: A pessoa incluída no programa TPH (31%), família (63%) e amigos (6%) compreendem que o Vírus respiratório/ infeção respiratória apresenta risco para a pessoa após o TPH; Todavia, subestimam a sua severidade e apresentam falta de conhecimento sobre métodos de prevenção efetiva. Foi realizado módulo educativo de 5 minutos inserido no programa educativo com teste antes e depois da intervenção. Os doentes persistentemente subestimam o risco das infeções respiratórias no período após TPH. A atenção a estratégias de prevenção aumentou em 78% após a intervenção, aumentando o conhecimento e aceitação sobre estas estratégias. Particularmente a vacinação da família. Vieses do estudo: quem adere a fóruns educativos está mais motivado, pelo que é necessário trabalhar no contexto de saúde para responder aqueles que não aderem a estes fóruns.

FARSI, Z.; DEHGHAN NAYERI, N.; NEGARANDEH, R. (2010). Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 12(4), 485-492. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=10&hid=14>>, acedido a 2.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E6	Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study.	2010	Farsi, Z.; Dehghan Nayeri, N.; Negarandeh, R.	Nursing & Health Sciences	Inglês	Irão	Academic Search Complete	Estudo qualitativo exploratório (NE: VI) . Pessoa sob TPH (N=10) . Entrevistas semi-estruturadas	Explorar as estratégias de adaptação da Pessoa com Leucemia Aguda em processo de TPH.

Resumo E6: 10 doentes entre 26-48 anos de idade, diagnóstico LLA e LMA, 70% casados, de religião muçulmana. Estratégias de adaptação dos doentes submetidos a TPH no Irão: Atribuição, negação e evitamento; conexão com o propósito divino; Organização do tratamento; procura de apoio social; modificação; reflexão e paciência e resignação.

A atribuição causal ou processo de etiologia é o processo etiológico situacional e foi dominado pela atribuição causal. Negação e evitamento podem acontecer em todas as fases do tratamento, na procura de informação sobre o tratamento ou os efeitos após o TPH. Associação com o destino e vontade de Deus, com conexão com inevitabilidade da morte ou a força para fazer frente à doença. Referem a importância das crenças espirituais, confiança e fé no processo de recuperação e adaptação à doença e transplante; Rezam maior número de vezes, referindo estar mais perto de Ala, experienciando maior grau de relaxamento após rezarem. A organização do tratamento acontece em forma de fuga, procura do tratamento e compilação de informação. A compilação de informação acontece em todas as fases do tratamento que pode ter um efeito positivo (diminuição do medo, preocupação e stress, aumentando a confiança e moral) e negativo (aumento de stress e preocupações com sintomas e taxas de sobrevivência), referindo que confirmam sempre com os

profissionais de saúde. A Procura de apoio social na rede familiar e profissionais acontece em todas as fases, sendo que reduz o nível de stress, forma de relaxamento e forma de enfrentar os problemas e sintomas, melhorando a condição física e psicológica. A modificação pode acontecer pela mudança de prioridades ou a gestão dos efeitos adversos, modificando o estilo de vida e aumentando os autocuidados. Relativamente à reflexão, a comparação é usado em todas as fases, Dicotomia, distração, alienação e definindo metas. A paciência e resignação acontecem quando nenhuma outra estratégia é eficaz; a energia é reduzida e não se pensa nos resultados do TPH.

BEVANS, M.; TIERNEY, D.; BRUCH, C.; BURGUNDER, M.; CASTRO, K.; FORD, R.; SCHMIT-POKORNY, K. (2009). Hematopoietic stem cell transplantation nursing: a practice variation study. *Oncology Nursing Forum*, 36(6), E317-E325. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=12&hid=14>> acedido a 4.01.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E7	Hematopoietic stem cell transplantation nursing: a practice variation study.	2009	Bevans, M; Tierney, D; Bruch, C; Burgunder; Castro; Ford; Mille; Rome; Schmit-Pokorny.	Oncology Nursing Forum	Inglês	EUA	CINAHL Plus with Full Text	Estudo Descritivo Exploratório (NE: VI) . Enfermeiro em contexto de TPH (N=205); . Questionários electrónicos	Examinar a variação das práticas de enfermagem em TPH e identificar as lacunas entre os padrões de pratica recomendados e as práticas actuais nos diferentes contextos.

Resumo E7: Amostra de 205 enfermeiros da Lista de membros da ONS com interesse em TPH apresenta uma A variação de controlo e prevenção de infeções nos diferentes contextos de TPH mínima no que concerne aos tipos de transplante ou regimes de condicionamento. As práticas relativas à implementação de restrições e cuidados aos doentes de dieta, higiene e interação social variam de acordo com a fase de transplante com maior variação na fase após o transplante. 62% refere que usa guidelines publicadas e 72% utiliza políticas específicas da organização. Esta variação pode ser resultado da falta de cumprimento e adesão às normas publicadas ou pela lacuna de definição de detalhes que permitam a sua tradução para a prática. A intervenção educativa é um elemento importante na fase de pós transplante, sendo maioritariamente prestado pelo enfermeiro (65%) , incluindo o cuidador informal (88-98%).

A sessão individual é maioritariamente utilizada (36%- 39%); Incluem materiais escritos e online, sendo que a fonte primária de educação é organizacional ou programa (68%).

PIDALA, J.; ANASETTI, C.; JIM, H. (2009). Health-related quality of life following haematopoietic cell transplantation: patient education, evaluation and intervention. *British Journal Of Haematology*, 148(3), 373-385. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=a65febca-636e-426f-aed7-1e4e72cdf4b9%40sessionmgr115&vid=17&hid=110>

acedido a 3.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E8	Health-related quality of life following haematopoietic cell transplantation: patient education, evaluation and intervention.	2009	Pidala, J.; Anasetti, C.; Jim, H.	British Journal Of Haematology,	Inglês EUA	MEDLINE with Full Text	Revisão Sistemática (NE:V) . Conceito chave: Qualidade de Vida relacionada com saúde (QVS) no TPH	Apresentar evidencias relativas a QVS, após alô ou auto-TPH em adultos com doenças hematológicas malignas e avaliar intervenções para manter ou melhorar a QVS após TPH.

Resumo E8:

A qualidade de vida relacionada com saúde da pessoa submetida a TPH: função física menor que no período antes do TPH; função emocional revela níveis altos de angústia antes e depois do TPH; função social no TPH alogénico é menor que no período antes do TPH e no TPH autólogo é descrito com igual ou melhor controle; função de papéis é inferior ao período antes do TPH; qualidade de vida é inferior ao período antes TPH.

Para regressar a níveis de QV anteriores ao TPH, o período é compreendido entre os 3 meses e 1 ano após o TPH autólogo, referenciando que este período é mais prolongado na situação de TPH alogénico, que se proporciona dentro de 1 ano com melhoria até 4 anos após o tratamento. A avaliação da qualidade de vida relacionada com saúde providencia uma oportunidade para aumentar a comunicação prestador de cuidados- doente e promover uma gestão proactiva dos efeitos adversos do transplante. A qualidade de vida relacionada com a saúde deve ser integrada na educação, avaliação e

intervenção do plano de cuidados dos doentes submetidos atualmente a TPH, incluindo intervenções comportamentais e psicológicas em colaboração com a equipa multidisciplinar.

COOKE, L.; GEMMILL, R.; GRANT, M. (2008). Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention. *Clinical Nurse Specialist* 22(5), 218-225;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E9	Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention	2008	Cooke, L.; Gemmill, R.; Grant, M.	Clinical Nurse Specialist	Ingles	EUA	MEDLINE with Full Text	Estudo de caso, Qualitativo (NE: VI) . Pessoa submetida a TPH e família (N=1); enfermeira (N=1) . Relatório de caso	Descrever intervenções baseadas na evidência implementadas por enfermeiras especializadas para condução de pesquisa – acção relativa a planeamento da alta, numa população específica – pessoa submetida a TPH.

Resumo E9: Estudo de caso: Pessoa sexo masculino, 45 anos de idade, casado, com trabalho (ambos) e dois filhos; diagnóstico de Leucemia Aguda, submetido a TPH alogénico relacionado. Submetido a uma intervenção educativa de enfermeira especialista em TPH no planeamento da alta (sessões semanais no total de seis e telefonema de seguimento) aplicando as competências:

1. Instrução e orientação especializada: sessão individualizada e agendada de acordo com a disponibilidade da díade. Instruções práticas, direcionais, e estilo informal, quanto aos cuidados médicos e serviços de cuidados (psicológicos, sociais e existenciais) disponíveis; disponibilização de orientações escritas; Estabelecimento de relação ativa de cuidados com díade com competência técnica, clínica e interpessoal.
2. Liderança profissional e clínica: Discussão das formas para reestruturação de papéis conjugais e atenuação da tensão conjugal; reforço do ensino relativo a cuidados de saúde de acordo com condições. Observa-se as competências de comunicação numa relação de cuidados e relação colaborativa.

3. Prática baseada na evidência: Intervenção educativa baseada na evidencia científica com pesquisa de sintomas enunciados cientificamente, prevenindo complicações, hospitalização, distress com sintomas.
4. Colaboração: colaboração com outros profissionais promovendo a abordagem transdisciplinar assistindo família e doente de forma a melhorar os resultados psicológicos de qualidade de vida e apoio social;
5. Consultadoria: referência para entre pares devido a capacidade de comunicação e competências em contexto complexo de necessidades.
6. Capacidade de tomada de decisão ética: Fundamentação de prespectivas sobre o problema complexo.

mais participativa. A comunicação parece ser aqui um elemento possível de constituir-se em instrumento terapêutico se bem utilizado, uma vez que pode ser um fator de demanda de atenção. O enfermeiro, pela sua proximidade com o paciente pode criar estratégias de comunicação que facilitem o entendimento das suas distorções.

FERMINO, T.; CARVALHO, E.(2007). A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 287-295;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E11	A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa	2007	Fermino, T.; Carvalho, E..	Cogitare Enfermagem	Português Brasil	Google Schollar	Pesquisa Descritiva + Quase Experimental (NE: VI) . Enfermeiro e doente (N=11 e 20) . Observação pré e pós intervenção	Verificar a utilização da comunicação terapêutica pela equipa de enfermagem e verificar o efeito da estratégia educativa no conhecimento sobre a comunicação terapêutica em contexto de TPH.

Resumo E11: Competência comunicativa: Verificar a utilização da comunicação terapêutica pela equipa de enfermagem e verificar o efeito de uma estratégia educativa no conhecimento sobre a comunicação terapêutica. 1ª Fase 10 enfermeiros e 20 pessoas sob TPH; Identificados nos diálogos 709 técnicas de comunicação. Comunicação terapêutica enfermeiro-doente (86.3%) - expressão (80.8%): fazer pergunta (40.3%) e usar frases descritivas (40.3%) clarificação (4.3%): descrever eventos em sequência lógica (52.9%) e estimular comparações (23.5%); validação (1.1%): repetir a mensagem do doente (87.5%) e resumir o conteúdo da interação. Comunicação não terapêutica (13.6%) – induzir respostas, falsa tranquilização, comunicar unidireccionalmente, mudar assunto subitamente, julgar comportamento. A comunicação terapêutica reduz situações de não entendimento; favorece o autocuidado e o desenvolvimento de comunicação terapêutica. Técnicas de expressão: aceitação e respeito. Técnicas de clarificação: torna mensagens claras e reduz ansiedade e dúvidas. Técnicas de validação: certificar que o conteúdo foi corretamente compreendido pelos interlocutores.

JARDEN, M.; HOVGGAARD, D.; BOESEN, E.; QUIST, M.; ADAMSEN, L. (2007). Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 40(8), 793-800. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=31&hid=14>> acessado a 3.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E12	Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation.	2007	Jarden, M.; Hovgaard, D.; Boesen, E.; Quist, M.; Adamsen, L.	Bone Marrow Transplantation	Ínglês	Dinamarca	Bone Marrow Transplantation	Estudo Experimental randomizado (NE: II) . Doente (N=14); . Testes; . Documentação	Avaliar a viabilidade, segurança e benefícios de 4 a 6 semanas do programa de supervisão e planeamento de exercício misto, relaxamento progressivo e psicoeducação para a pessoa em processo de Alo-TPH.

Resumo E12: Maior frequência de indivíduos com diagnósticos de LLC e LLA, predominando o TPH alogénico. Avaliação da viabilidade, segurança e benefício (para a capacidade física e funcional) de 4 a 6 semanas de programa estruturado de supervisão de tipo misto de exercício, relaxamento progressivo e psicoeducação na pessoa admitida para TPH do tipo alogénico. A abordagem foi individualizada com avaliação da capacidade física, funcional e da qualidade de vida. A intervenção foi multimodal: exercício aeróbio; exercícios dinâmicos; treino de resistência; treino de relaxamento progressivo e psicoeducação. Avaliação da viabilidade (aceitação, recusa e adesão, segurança, tolerância e benefícios), sendo que a taxa de adesão é 94%, com melhoria significativa nos valores de força muscular e flexibilidade. Resultados positivos na manutenção e melhoria da força muscular, minimizando a perda de capacidade física e funcional.

WILLIAMS, L. (2007). Whatever It Takes: Informal Caregiving Dynamics in Blood and Marrow Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 379-387. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=33&hid=123>> acedido a 3.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E13	Whatever It Takes: Informal Caregiving Dynamics in Blood and Marrow Transplantation.	2007	Williams, L.	Oncology Nursing Forum	Ínglês	EUA	Academic Search Complete	Estudo Qualitativo exploratório, (NE: VI) . Cuidador informal em TPH (N=40) . Historias de cuidados	Descrever a dinâmica do compromisso, expectativas e negociação na perspectiva dos cuidadores informais da pessoa em processo de TPH.

Resumo E13: 40 indivíduos submetidos a TPH e respetivos 40 cuidadores; Diagnósticos mais frequentes: LMA, MM, LNH, DH, LLC; TPH mais frequente: Alogénico; Regime mais frequente: internamento; Maioria casado (92%); Cuidadores: Cônjuge (74%) e pais (10%) que residem com o doente; situação laboral do cuidador: desempregado (38%), empregado a tempo inteiro (52%) e empregado a tempo parcial (10%); crença religiosa: muito (52%) e moderado (40%). Na perspetiva dos cuidadores da pessoa submetida a TPH o comprometimento é uma responsabilidade continua que encoraja o apoio presencial, incita as alterações na vida para fazer do doente uma prioridade, e conduz a uma autoafirmação e conexão afetiva. Expectativas são clarificadas como gestão de expectativas, que está prevendo o futuro com o desejo de voltar ao normal, encarando um dia de cada vez, aferindo comportamentos de experiencias anteriores e reconciliando alterações do tratamento. O papel de negociação é a motivação e estimulação adequada para a independência do doente após a sua capacitação para o tratamento complexo, atendendo à sua vontade e preferências. Os cuidadores devem partilhar as responsabilidades na determinação de necessidades relativas à doença e tratamento, identificando os recursos apropriados para resolver as necessidades, aceitando a divisão de deveres. O elo vigilante baseia-se na comunicação entre o cuidador e o sistema de saúde de forma a proteger os melhores interesses do doente.

YOON, S.; CONWAY, J.; MCMILLAN, M. (2006). An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(3), 129-135. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=33&hid=8>> acedido a 21.12.2011;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E14	An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea	2006	Yoon, S.; Conway, J.; McMillan, M	International Journal Of Nursing Practice	Inglês	Australia	Academic Search Complete	Revisão Sistemática (NE: VI) Conceito chave: Educação do cliente	Apresentar as evidencias relativas ao conceito “Educação do cliente”, integrando-as com os princípios relativos aos cuidados paliativos, propondo um enquadramento para educar a pessoa com recaída após TPH na Coreia.

Resumo E14: Enquadramento para o desenvolvimento de um programa educativo de cuidados paliativos para a pessoa submetida a TPH em recaída e família na Coreia. As equipas de TPH e de Cuidados Paliativos com competências de comunicação interpessoal e de prestação de cuidados centrados na pessoa, submetidos a um contexto (local, período e recursos de intervenção educativa) devem assegurar as condições para a educação do paciente: planear e organizar o processo educativo incorporado na rotina diária, visando uma abordagem centrada na pessoa; planear e gerir a intervenção em equipa multidisciplinar, facilitada pela reunião regular da equipa multidisciplinar. As estratégias para a educação da pessoa devem facilitar a intervenção individualizada e holística; pode utilizar a internet como recurso educacional. Como resultados é prevista: a aprendizagem cognitiva (tomada de decisão); a aprendizagem psicomotora (aumentar a competência de cuidados no domicílio); capacitação (autocuidado e tomada de decisão).

GRANT, M.; COOKE, L.; BHATIA, S.; FORMAN, S. (2005). Discharge and unscheduled readmissions of adult patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: implications for developing nursing interventions. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), E1-E8. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ceea59d-f72b-4b3b-a500-ddec5d88f0b2%40sessionmgr115&vid=2&hid=123>> acedido a 22.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E15	Discharge and unscheduled readmissions of adult patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: implications for developing nursing interventions	2005	Grant, M.; Cooke, L.; Bhatia, S.; Forman, S.	Oncology Nursing Forum	Ínglês	EUA	CINAHL Plus with Full Text	Estudo de coorte (NE: IV) Pessoa adulta submetida a TPH (N=100) Pesquisa documental	Descrever os padrões de alta e readmissões não programadas da pessoa adulta submetida a TPH; Identificar as implicações dos resultados e literatura para a prática de enfermagem na melhoria dos resultados durante e após a alta.

Resumo E15: Descrição dos padrões de alta clínica e readmissão não agendada de doentes adultos submetidos a TPH e identificação das implicações para a prática de enfermagem de acordo com os resultados de amostra e a literatura para melhorar os resultados dos doentes durante e após a alta clínica. Assim, em 100 indivíduos adultos submetidos a TPH, foram estudadas as variáveis demográficas (género, estado civil, idade e diagnóstico), as variáveis clínicas (o nível de remissão no transplante, o tipo de transplante, a presença de comorbilidades ou condições correspondentes, número de infeções, número de infeções relacionadas com o cateter venoso central, número de episódios de bacteriemia e apoio sociopsicológico) e as variáveis de readmissão (razão da admissão, dados relativos a alta ou morte, número de dias de cada admissão, período de tempo entre a alta e a próxima admissão). Diagnósticos mais frequentes: LNH, LMC, MM, LMA, com predomínio de TPH alogénico (mieloblástico e não mieloblástico). Critérios para a alta clínica incluem a capacidade para ingerir via oral 2 litros de líquidos por dia, capacidade para tomar a medicação per os, estar apirético, capacidade para cuidar do cateter venoso central, disponibilidade de apoio de cuidador informal pelo menos no período da noite e disponibilidade de transporte para o hospital. O processo

educativo é geralmente realizado nas 48h anteriores à alta clínica, porque antes a pessoa está demasiado frágil para aprender os procedimentos e mostrar capacidade para o autocuidado. É distribuído um guia com informação sobre vários tópicos, incluindo autocuidado, complicações e indicações alimentares. Este é seguido pela equipa de enfermagem no processo de educação de preparação para alta. É visitado ainda pela dietista, farmacêutica e fisioterapeuta. Assim que tem alta, a equipa não inicia novo contacto, sendo encaminhado no caso de este contactar. 51% da população estudada teve pelo menos uma readmissão não programada, e 80% desenvolver uma infeção depois do TPH. A análise comparativa entre a pessoa submetida a TPH alogénico e autólogo indica que o grupo submetido a transplante alogénico tem um maior número de readmissões, readmissões não programadas e infeções. Os doentes com infeção descritas no dentro de um mês após o TPH apresentam uma taxa de mortalidade de 50% após o transplante. Isto indica que a população submetida a TPH alogénico é mais vulnerável relativamente a infeções e readmissões. O conteúdo da intervenção educativa tem o potencial de afetar o número de readmissões e o período de internamento em cada admissão. As intervenções psicoeducativas têm o potencial também de minimizar os problemas psicológicos.

HEINONEN, H; VONIN, L.; ZEVON, M.; UUTELA, A.; BARRICK, C.; RUUTU, T. (2005). Stress among allogeneic bone marrow transplantation patients. *Patient Education and Counselling*, 56: 62-71. Disponível em <http://www.medicine.ufl.edu/hemonc/fellowship/Reading_List/2006-2007%20BMT%20ARTICLES/QOL/Heinonen,%20et%20al%202005.pdf> acedido a 22.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E16	Stress among allogeneic bone marrow transplantation patients	2005	Heinonen, H; Vonin, L.; Zevon, M.; Uutela, A.; Barrick, C.; Ruutu, T.	Patient Education and Counselling	Ínglês	Finlândia	Patient Education and Counselling- Elsevier	Estudo Descritivo Exploratorio (NE: VI) . Pessoa submetida a Alo-TPH (N=109) . Questionário	Identificar factores de stress vivenciados pela pessoa com diagnostico de doença hematológica e submetida a Alo-TPH.

Resumo E16: 109 indivíduos com média de idades de 42 anos de idade, predominantemente com formação académica superior a 13 anos (53%) casados ou a viver em união de facto (83%), cujos diagnósticos mais frequentes são: LMC (29.4%), LMA (35.8%), LLA (13.8%). Foram mapeados dos fatores de stress para a pessoa em situação de TPH. Desde o mais stressante para o menos stressante: mudança de estilo de vida e impacto do tratamento a longo prazo; efeitos colaterais; sofrimento emocional relacionado com o resultado do tratamento e condição fisiológica; stress relacionado com a família; medo da morte e pensamentos depressivos; outras preocupações; apoio social negativo; stress relacionado com falta de informação e com a equipa de saúde.

GRUBER, U.; FEGG, M.; BUCHMANN, M; KOLB, H.; HIDDEMANN, W. (2003). The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *European Journal Of Cancer Care*, 12(3), 249-256. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=40&hid=13>> acessado a 12.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E17	The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation	2003	Gruber, U; Fegg, M.; Buchmann, M; Kolb, H.; Hiddemann, W.	European Journal Of Cancer Care	Inglês	Alemanha	Academic Search Complete	Estudo descritivo exploratório, (NE: VI) .Pessoa submetida a TPH (N=163). Questionário.	Identificar os efeitos psicossociais a longo termo do TPH do tipo alogénico, singénico e autólogo relativamente a: condição física, papel e função sexual, relacionamento íntimo, reabilitação profissional e social.

Resumo E17: 195 indivíduos, cujo escalão etário 30-39 anos de idade com mais frequência (42.3%), predominância de diagnósticos LMC e LLC (42.3%) e LMA e LLA (35.6%), submetidos sobretudo a Alo-TPH (85.3%), sem se verificar recaída (90.2%). Identificação dos efeitos psicossociais a longo termo do TPH para os parâmetros relevantes: desempenho físico, papel e função sexual, relacionamentos íntimos, reabilitação social e profissional. Foram avaliados tendo em conta as variáveis: idade, educação, capacidade para voltar ao trabalho, stress, sintomas físicos (fadiga e desempenho físico), sintomas psicológicos, participação na psicoterapia e participação no programa de reabilitação. A amostra é constituída por 163 indivíduos submetidos a TPH e os resultados respeitantes revelam que: a redução de qualidade de vida associada ao TPH é restaurada até ao nível anterior ao TPH dentro de 2 anos após o transplante (não há diferenças entre os grupos categorizados por períodos de tempo decorrido após o transplante). A maioria dos doentes teve problemas sérios com a capacidade física (24%), seguindo-se sintomas como dor (17.2%) e medo/stress emocional (14.1%). A reintegração profissional é um fator importante para o bem-estar; contudo, 30.7% não voltou a trabalhar. Os doentes desempregados revelaram níveis mais altos de dor, ansiedade, distúrbios

do sono, depressão, prejuízo da função social, relacionamentos e vida familiar. Apenas 9.8% dos doentes participou no programa de psicoterapia e 39.3% no programa de reabilitação. Identificar estratégias para doentes de risco (níveis mais baixos de educação e casados) devem ser desenvolvidos de forma a otimizar o apoio deste grupo. Ainda que alguns doentes apresentem níveis altos de ansiedade, medo e desempenho psicofísico, apenas 9.8% aproveitou a psicoterapia disponível. O medo de infeções aumenta nos doentes que se encontram em recaída, pelo que neste grupo é aconselhável disponibilizar intervenção educativa extra e informação.

SCHMIT-POKORNY, K.; FRANCO, T.; FRAPPIER, B.; VYHLIDAL, R. (2003). The Cooperative Care Model: An Innovative Approach to Deliver Blood and Marrow Stem Cell Transplant Care. Clinical Journal Of Oncology Nursing, 7(5), 509-556. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=213f26df-add1-48ff-bc8f-25a8f6b14319%40sessionmgr4&vid=41&hid=13>> acedido a 12.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E18	The Cooperative Care Model: An Innovative Approach to Deliver Blood and Marrow Stem Cell Transplant Care	2003	Schmit-Pokorny, K.; Franco, T.; Frappier, B.; Vyhldal, R..	Clinical Journal Of Oncology Nursing	Ínglês	EUA	Academic Search Complete	Relatório de programa (NE: VII)	Descrever a implementação do Modelo de cuidado cooperativo no Centro de Transplante de Lied, visando a transição do processo de TPH para o contexto de ambulatório.

Resumo E18: O desenvolvimento de aplicação ao TPH do Modelo Cooperativo de Cuidado é o resultado da competição entre as instituições de cuidados de saúde, a necessidade de melhorar resultados e o desejo de diminuir custos. Neste sentido, um centro médico central adaptou o modelo ao contexto ambulatorial. Esta transição criou necessidades de cuidados e educação, acomodações e condições para os doentes e famílias. O Modelo Cooperativo de Cuidado abarca os doentes e famílias como elementos da equipa de cuidados. O membro da família assume o papel de cuidador primário durante a fase aguda de internamento da pessoa submetida a TPH. O cuidado torna-se mais pessoal e individualizado, com redução dos custos, a potencial diminuição da taxa de rehospitalização e os doentes tornam-se mais confiantes e competentes para o autocuidado. A equipa de saúde alterou a sua filosofia de cuidados para incorporar o parceiro de cuidados, com o aumento do controlo do doente e independência, enfatizando a educação compreensiva com uma abordagem multimetodo. As estratégias educativas ocorrem em grupo (introdução ao TPH, cuidados com cateter venoso central e cuidados básicos – dieta, higiene oral, incentivo à espirometria, sinais e sintomas de infeção) e individualizadas (plano de cuidados, informação específica sobre a doença, quimioterapia de alta dose, dieta, cuidados com o cateter), recorrendo a material escrito e a vídeos. Os resultados, incluindo a satisfação do doente, demonstram o sucesso

do modelo e motivam a sua expansão a outras populações. O cuidado na perspectiva humanística, promove a capacitação e adesão após a alta com diminuição dos erros de medicação; diminuição do tempo de internamento através da educação acerca dos planos de cuidados para o doente. A satisfação do doente é de 100%-97%; a transferência de elementos da equipa é menor que numa unidade tradicional, com a referência de níveis altos de satisfação por parte da equipa de saúde.

BISHOP, M.; RODRIGUE, J.; WINGARD, J. (2002). Mismanaging the gift of life: noncompliance in the context of adult stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 29(11), 875-880. Disponível em <http://www.medicine.ufl.edu/hemonc/fellowship/Reading_List/2006-2007%20BMT%20ARTICLES/QOL/Bishop,%20et%20al.,%202002%20noncompliance.pdf> acedido a 4.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E19	Mismanaging the gift of life: noncompliance in the context of adult stem cell transplantation	2002	Bishop, M.; Rodrigue, J.; Wingard, J.	Bone Marrow Transplantation	Ínglês	EUA	Bone Marrow Transplantation	Revisão sistemática (NE: V) Conceito Chave: Cumprimento /adesão terapêutica	Apresentar a revisão da literatura disponível respeitante ao incumprimento do regime terapêutico no TPH na população adulta.

Resumo E19: Explora a problemática da não adesão a regimes terapêuticos pela pessoa submetida a TPH. Trata-se de uma revisão sistemática que aborda a definição da não adesão, a prevalência e consequências. Aborda ainda o facto de a tomada de decisão médica depender da avaliação de fatores relacionados à adesão terapêutica, bem como estratégias para lidar com a não adesão pelos profissionais de saúde. A não adesão é o grau em que o comportamento falha na persecução das recomendações médicas relativas à medicação, dieta ou alteração de estilo de vida. Com taxas que variam entre os 20% e 82%. Com consequências a nível do aumento dos valores de morbilidade e mortalidade, o aumento da utilização dos recursos económicos e médicos, e pode causar interpretações erradas dos médicos relativamente a respostas aos tratamentos instituídos. É prematuro tomar decisões médicas baseadas na predição de não adesão. A frustração dos prestadores de cuidados como resultado da não adesão. O regime complexo terapêutico pode levar à não adesão, pelo que a adesão deve ser avaliada, fazendo diagnóstico. Devem ser tidos em conta fatores como a utilização de uma abordagem centrada na pessoa (a não adesão é frequentemente não intencional; reconhecer o doente como parceiro na tomada de decisão), uma avaliação adequada

(discussão e questionário sem preconceitos; observação do comportamento de doseamentos e análises; informação da família) e identificando os fatores de risco (relacionados com a doença e tratamento – múltiplas medicações, frequência de administração, duração, efeitos adversos e severidade da doença; relacionados com o doente – idade (jovem/idoso), baixo nível socioeconómico, falta de cuidador informal, anterior episódio de não adesão, atitudes e crenças, stress e perturbações psiquiátricas). Os profissionais de saúde devem aplicar uma abordagem centrada na pessoa, simplificando o tratamento, envolvendo as pessoas significativas, avaliando periodicamente a adesão, e abordagem multidisciplinar para tratar os fatores de risco associados à não adesão.

KEMP, J. (2002). Interdisciplinary Modular Teaching for Patients Undergoing Progenitor Cell Transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(3), 1-4. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&hid=113&sid=7d396f0c-ef87-486e-ad36-1c5f0bcdda48%40sessionmgr12>> acedido a 3.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E20	Interdisciplinary Modular Teaching for Patients Undergoing Progenitor Cell Transplantation	2002	Kemp, J.	Clinical Journal Of Oncology Nursing	Inglês	EUA	Academic Search Complete	Estudo pré Experimental sem randomização (NE: IV) Cliente antes e após (N=24 e 14) Questionário pré e após.	Identificar o impacto da implementação do programa tri-modular de ensino e instrumento de documentação das necessidades informativas da pessoa submetida a TPH, desenvolvido pela equipa interdisciplinar.

Resumo E20: Uma equipa interdisciplinar desenvolveu um programa educativo repartido em três módulos e um instrumento de documentação de forma a se dirigir às necessidades complexas de informação da pessoa submetida a TPH, com base nas normas de prática e educação da ANS e ONS. Os módulos foram desenhados de forma a refletir a informação relativa às diferentes fases do transplante: pré-transplante, transplante e pós-transplante. O conteúdo estruturado do instrumento de documentação possibilita a sistematização do registo dos conteúdos dos diferentes módulos. O instrumento de educação – Plano interdisciplinar de educação e preparação para alta - foi construído visando ser modelo de educação e alcançar a comunicação entre todos os prestadores de cuidados. Foi também disponibilizado material. O módulo 3 tem uma secção específica para as informações respeitantes ao transplante alogénico. A equipa interdisciplinar acere à ficha de educação e planeamento da alta e mantém a continuidade nos cuidados de acordo com as normas delineadas. É realizada uma auditoria/avaliação relativa à retenção da informação por parte da pessoa/família, que revelou o sucesso da intervenção, tendo sido observados índices maiores de retenção da informação. Esta abordagem sugere a comunicação interdisciplinar, a implementação de métodos novos e criativos e a individualização do processo.

GRIMM, P.; ZAWACKI, K.; MOCK, V.; KRUMM, S.; FRINK, B. (2000). Caregiver Responses and Needs. *Cancer Practice*, 8(3), 120-128. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7d396f0c-ef87-486e-ad36-1c5f0bcdda48%40sessionmgr12&vid=15&hid=111>> acessado a 4.02.2012;

Código Estudo	Título	Ano	Autores	Periódico	Idioma	País	Fonte	Desenho Metodológico	Objectivo
E21	Caregiver Responses and Needs	2000	Grimm, P; Zawacki, K; Mock, V; Krumm, S; Frink, B.	Cancer Practice	Ínglês	EUA	Academic Search Complete	Estudo de Coorte (NE: IV) Prestador (N=43) internamento e ambulatório (N=26 e 17) Questionário em 6 momentos processo TPH	Comparar as respostas emocionais e necessidades dos prestadores informais da pessoa com doença oncohematologica submetida a TPH: internamento vs ambulatório.

Resumo E21: Comparação das respostas emocionais e necessidades dos cuidados informais aos doentes submetidos a TPH num contexto de internamento/ambulatório (IA) com o contexto de internamento. 43 cuidadores distribuídos pelos 2 contextos foram avaliados em 6 pontos na trajetória do TPH, relativamente a: respostas emocionais, importância e satisfação das necessidades de informação a nível de cuidados e no âmbito psicológico. Cuidadores com idades médias entre 50.5 e 45.7 anos de idade em ambulatório intensivo e internamento respectivamente, sobretudo do sexo feminino e cônjuge; segue-se a evidência de pais como cuidador informal; predominantemente com trabalho a tempo inteiro; Acompanhamento médio de 78.1 dias no ambulatório intensivo e de 90.8 dias no internamento. Os respetivos familiares submetidos a TPH têm uma idade média de 46.2 anos de idade no regime de ambulatório intensivo e de 41 anos de idade no regime de internamento, com 14.9 e 15.3 anos de formação académica, respectivamente. A maior parte dos indivíduos tem atividade profissional em regime de tempo inteiro. Os diagnósticos predominantes são LMA, LMC, MM e LNH, com predominância do TPH

autólogo em regime de ambulatório intensivo e de TPH alogénico em regime de internamento. Os cuidadores IA apresentam valores significativos de menor perturbação do humor nos pontos antes da alta. Após o TPH, o nível de humor foi diminuindo em ambos os grupos; ao dia +21, os cuidadores IA estão mais satisfeitos relativamente à informação e necessidades psicológicas. Os prestadores de cuidados realizam educação para a capacitação de cuidados ao doente. Assim, o modelo IA revela-se como menos perturbador emocionalmente, Existe disponibilização de recursos escritos e sessões educativas individuais em situação de IA. Os prestadores de cuidados prestam cuidados diretos à pessoa. Os cuidadores em regime de internamento com mais necessidade de informação; níveis de raiva, ansiedade, confusão, depressão, fadiga e distúrbios de comportamento. Os cuidadores em situação de IA com menos grau de depressão no momento da alta.

- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

[306]

Apêndice J: Quadros de análise de conteúdo dos artigos selecionados

- MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA -

[308]

[illegible]

1.1. Unidades de Registo: Pessoa e Família (continuação)

[illegible]

1.2. Unidades de Registro: Prestadores de Cuidados

[illegible]

1.3. Unidades de Registo: Sistema de Cuidados

	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	NE	VI	V	VI	IV	IV	VI	VI	V	VI	VI	VI	II	VI	V	IV	VI	VI	VII	V	IV	IV
Regime de internamento.		x	x																			
Período de hospitalização.									x									x				x
Critérios para alta clínica em TPH.																X						
Variabilidade de cuidados.								x														
Suporte de conhecimento e critérios orientadores de procedimento.								x								X						
Modelos, Programas ou intervenções de educação à pessoa incluída em programa de TPH				x	x					x			x		x				x	x	x	x
Sobrecarga de trabalho/horário enfermeira TPH				x																		
Programa de intervenção e desenvolvimento competência comunicacional do enfermeiro em TPH.												x										
Suporte psicológico e rede de apoio social.			x													X						
Recursos físicos para intervenção educativa em TPH		x		x				x						x				x			x	x

2. Processo ou Relacionamento de Cuidados

2.1. Unidades de Registo: Relacionamentos Independentes

	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	NE	VI	V	VI	IV	IV	VI	VI	V	VI	VI	VI	II	VI	V	IV	VI	VI	VII	V	IV	IV
Enfermeiro em TPH promotor do processo de apoio/transmissão da informação.				x				x		x												
Período para preparação para alta.																X					x	
Inclui o cuidador informal								x														
Papel do cuidador informal																			x			x
Competências relacionais de cuidados de enfermagem em TPH				x				x	x	x		x	x			X			x	x		
Intervenção educativa de Enfermagem em TPH										x												
Abordagem individual nos cuidados em TPH								x					x		x				x			x
Combinação intervenção individual e/ou em grupo e/ou recursos escritos.								x		x					x	X				x		x
Expressão intervenção específica de enfermagem nos programas educativos				x									x						x		x	x

2.1. Unidades de Registo: Relacionamentos Independentes (continuação)

[illegible]

2.2. Unidades de Registo: Relacionamentos Colaborativos

	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	NE	VI	V	VI	IV	IV	VI	VI	V	VI	VI	VI	II	VI	V	IV	VI	VI	VII	V	IV	IV
Abordagem transdisciplinar – colaboração enfermeiros e outros profissionais de saúde										x												
Avaliação da QV como referencia para a intervenção multidisciplinar de complementaridade.									x													
A transmissão de informação: relação médico-enfermeiro.	X																					
Coordenação das recomendações e garantia de continuidade na abordagem multidisciplinar relativa a risco de não adesão																				x		
Colaboração entre prestadores de cuidados em TPH e /ou recursos do sistema de cuidados			x	x	x											X						
A relação colaborativa e o contexto rural/regional em TPH			x																			
Consultadoria em enfermagem TPH										x												
Integração programa educativo em TPH em programa institucional				x	x																	
Plano de registo interdisciplinar de intervenção educativa																					x	
Relação interpessoal entre equipas multidisciplinares															x							

3. Resultados

3.1. Unidades de Registo: Sentir-se Cuidado

[illegible]

3.1. Unidades de Registo: Sentir-se Cuidado (continuação)

[illegible]

3.2. Unidades de Registo: Pessoa e Família

[illegible]

3.3. Unidades de Registro: Prestadores de Cuidados

[illegible]

3.4. Unidades de Registo: Sistema de Cuidados

	E	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
	NE	VI	V	VI	IV	IV	VI	VI	V	VI	VI	VI	II	VI	V	IV	VI	VI	VII	V	IV	IV
Não adesão a normas/guias orientadores de práticas								x														
Normas sem viabilidade prática								x														
Implicação da experiencia e preferências do prestador nas práticas de cuidados								x														
Variabilidade de práticas de enfermagem em TPH								x														
Otimização dos cuidados mediante resultados avaliação QVS			x						X													
Avaliação QVS facilita comunicação									X													
Conteúdo da intervenção educativa com implicação na readmissão e período de internamento																X						
Modelo de Cuidado Cooperativo medeia redução de: custos, taxa de re-hospitalizações e período de internamento.																			x			
Aumento da confiança dos doentes no sistema cuidativo.																			x			

3.4. Unidades de Registo: Sistema de Cuidados (continuação)

[illegible]

Apêndice K: Artigo científico - *Mapear Cuidado para Regressar a Casa*

MAPEAR O CUIDADO PARA REGRESSAR A CASA

A QUALIDADE DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA DE ENFERMAGEM NO PLANEAMENTO DA ALTA DA PESSOA SUBMETIDA A TRANSPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS^a

Cláudia Pinhão¹, Maria Alice Ruivo² e Lucília Nunes³

RESUMO

CONTEXTO E OBJETIVO: Visando melhorar a qualidade dos cuidados em Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (TPH), foram implicadas competências de investigação científica, para promover a prática baseada na evidência, na área problemática da intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH.

METODOLOGIA: A primeiro tempo, foi implementada a metodologia investigativa centrada na resolução de problemas mediante projeto de intervenção no fenómeno problemático, cuja futura ampliação depende de actualização científica a segundo tempo, exequível mediante a revisão integrativa dos artigos disponíveis nas bases de dados, publicados entre 2000 e 2011. O protocolo de revisão concebido incluiu uma amostra de 21 artigos científicos, posteriormente sujeitos a análise descritiva. Os resultados foram sintetizados em matrizes, e classificada a evidência, ponderando sobre a confiabilidade deste procedimento. Por último, foram considerados à luz do Modelo Qualidade - Cuidado © (2003).

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Sobressaem dados da estrutura incluída ao fenómeno. Com relevância, as competências específicas do enfermeiro em TPH implicadas no processo educativo, as condicionantes do indivíduo e família, e particularidades físicas e organizacionais para a intervenção educativa em TPH. São expostas evidências relativas à relação de cuidados, específicas em enfermagem e colaboração multidisciplinar, salientando-se a variedade de modelos orientadores de práticas educativas, e promotores de resultados intermédios de adesão, aprendizagem, segurança e capacitação. São apresentados os potenciais resultados futuros, relacionados com os processos estudados, com relevância para os fatores: Qualidade de Vida e Satisfação.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS: A amostra de evidências apresenta fraca a moderada confiabilidade, apontando a carência de estudos com rigor científico. Todavia, verificam-se subsídios no desenvolvimento do conhecimento respeitante ao fenómeno estudado, englobados na construção do mapa conceptual orientador da ação prática: O Cuidado para Regressar a Casa.

PALAVRAS-CHAVE: Planeamento da alta em TPH; Intervenção educativa; Qualidade cuidados enfermagem; Metodologia de projeto; Revisão integrativa.

ABSTRACT

Background and Purpose: Aiming to improve the quality of care in Hematopoietic Stem Cell Transplantations (HSTC), scientific research skills were involved to promote evidence-based practice. The nursing educational interventions for HSTC discharge planning sets up the problem area, held by theory and project-based learning.

Methodology: First, the research approach adopted problem solving activities through an intervention project methodology, focusing on the problematic phenomenon; meanwhile, the need for scientific evidence update arose. An integrative review was developed covering available articles in databases published from 2000 to 2011; it was carried out according to a pre-defined protocol. The sample was composed of 21 articles, submitted to descriptive analysis and level of evidence classification. We've done a summary and reflect on the process reliability. The results that expose sensitive factors in the phenomenological field of study were discussed and matched to the Quality - Caring Model © (2003).

Findings: Prominent structural features included the phenomenon with greater relevance: the specific HSTC skills of nurses involved in the educational process, the individual and family constraints, the specific physical possibilities and organizational educational interventions in HSTC; the relationship care evidence is exposed concerning to nursing discipline specificity and multidisciplinary collaboration, highlighting the variety of models guiding the educational intervention, promoters of intermediate results of compliance, learning, safety and empowerment. Furthermore, there is presented the potential future results, satisfaction and Quality of Life, related to the studied processes.

Conclusions and implications for practice: The sample shows weak and moderate consistency of evidence, requiring encouragement of scientific accuracy; however, it supports the development of knowledge concerning to the studied phenomenon, including the construction of the concept map for practical action guiding: Caring to Back Home. **KEYWORDS:** HSTC discharge planning; Patient education; Quality care nursing; Project Methodology;

Integrative review.

Ponto de Partida

Contemplando o panorama contemporâneo de prestação de cuidados em Enfermagem, apuramos o manifesto empenho no estabelecimento de políticas prioritárias, por parte de entidades internacionais e nacionais, promovendo o desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde. Visam expressão na prestação de cuidados de saúde à Pessoa, a quem o *diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção*, (CIE, 2005:169).

O Transplante de Progenitores Hematopoiéticos (TPH) define-se, hoje, como uma modalidade de tratamento com taxas significativas de sucesso para situações em cujas doenças hematológicas, imunológicas e oncológicas se apresentam como potencialmente fatais. Obriga, no entanto, à sujeição da pessoa a regimes complexos de terapêutica que implicam toxicidades e alta suscetibilidade à infeção, e a mudanças significativas no estilo de vida, muitas vezes, prolongadas no eixo temporal, (Apperley *et. al.* 2008; Coördinnier *et. al.*, 2008).

É crucial a defesa da proatividade no prosseguimento, em segurança, do projeto de saúde da pessoa submetida a TPH, essencial para o sucesso deste programa, (OE, 2002; Thomas, 2011). Os Enfermeiros, combinam os aspetos ideais para sustentar o processo de planeamento da alta que vise resultados positivos em saúde, designadamente, no âmbito do TPH, (Whedon, 1997; OE, 2002; WHO, 2002; Duffy, 2009; Appelbaum, 2011). É viabilizada pela implementação da estratégia educativa, intervenção autónoma de enfermagem, com resultados na capacitação da Pessoa. Beneficia pelo fomento da solução de problemas com a implementação da prática baseada na evidência, (Lusardi *et. al.*, 2002; Mueller, 2007; OE, 2007; Appelbaum, 2011; ICN, 2012).

Dado o recente desenvolvimento da área clínica do TPH, é visível o compromisso das recém formadas

entidades reguladoras e de certificação da qualidade em TPH, na promoção da excelência, comunicando a todos os implicados os diversos desenvolvimentos neste campo e, especificamente, os relativos ao autocuidado da Pessoa mediante a educação e comunicação, (Thomas, 2011; Madrigal e Sureda, 2012).

Todavia, faz-se ainda notar a vigente ausência de dados relativos ao nível de conhecimento e a aplicabilidade da prática baseada na evidência e na investigação entre os enfermeiros na área da transplantação, (White-Williams, 2011).

O modelo de Qualidade - Cuidado © proposto por Duffy e Hoskins (2003), com raiz no modelo de Qualidade de Saúde de Donabedian e na Teoria do Cuidado Humano de Watson, surge com aplicabilidade pertinente neste âmbito de intervenção de enfermagem em TPH e desenvolvimento do conhecimento. Deriva da teoria com vista à prática e conjectura que as relações de cuidados possibilitam resultados de saúde positivos para os seus participantes com campos fenomenológicos específicos, procurando continuamente a evidência da qualidade relativamente a estes conceitos major, (Duffy e Hoskins, 2003; Duffy, 2009).

Mapa Metodológico

A complexidade e constante dinâmica da prestação de cuidados de enfermagem, neste caso, no planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH, é certificada no trajeto precedente de cariz teórico e aprendizagem baseada em projeto, sob a ótica de formação-ação, (Castro e Ricardo, 2003). A gestão do projecto Criação de um Instrumento de Orientação e Verificação do Processo Educativo no planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH, mediante as fases de definição, implementação e avaliação, mapeados sinopticamente na Figura 1, (Conselho da Europa e Comissão Europeia, 2000; Barbosa e Castro, 2003), firma a

relevância da problemática na ação, enuncia a lacuna entre ação e evidência e sustém que actualização científica e a integração do conhecimento é essencial para a prática baseada na evidência e para o desenvolvimento da qualidade dos cuidados, alicerces da formação ao longo da vida, perseguindo a melhoria contínua do desempenho, (Lusardi, 2002; Duffy, 2009; ICN, 2012).

Nesta sequência, para uma melhor gestão, invocando Novak (2000), este estudo faz uso do mapeamento, numa perspectiva de amplificação da intervenção na problemática e propõe-se a: pesquisar, avaliar e categorizar as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores qualitativos implicados na intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta hospitalar da Pessoa submetida a TPH.

Determinados os eixos preludeais, substanciados pela consideração teórica e prática do fenómeno, a construção do mapa metodológico que viabilizará resultados para a coordenação dos pontos é principalmente dominado pela revisão integrativa. De acordo com Whitemore e Knafl (2005), esta

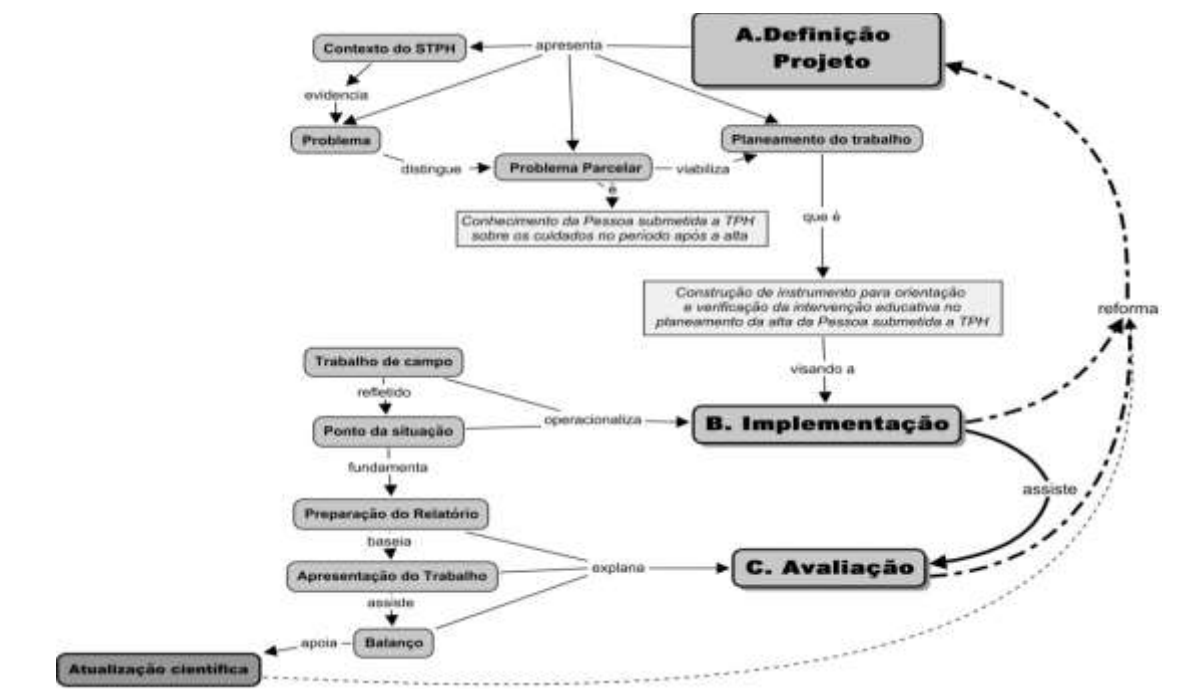
abordagem promove a compreensão abrangente do fenómeno complexo, e consente a inclusão dos poucos estudos científicos, resultantes de diferentes desenhos de pesquisa de que o contexto do fenómeno é alvo.

Definimos como objetivos específicos:

- (i) Apresentar a evidência científica resultante da aplicação da metodologia de pesquisa sistemática integrativa, relativa aos fatores implicados na intervenção educativa realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH;
- (ii) Apresentar a síntese de evidência disponível na literatura relativa ao fenómeno em estudo, categorizado na tríade estrutura-processo-resultados do Modelo da Qualidade-Cuidado®;
- (iii) Identificar os resultados da revisão integrativa da literatura para orientar a prática clínica na intervenção educativa realizada pelo enfermeiro no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH;

Os trabalhos divulgados por Whitemore e Knafl (2005), Mendes *et. al.* (2008), Souza *et. al.* (2010) e Botelho *et. al.* (2011), assistem o caminho a seguir

Figura 2: Mapa Sinóptico do percurso de consecução do projeto de *Criação de um instrumento de orientação e verificação do processo educativo*



para a sua consecução, numa sequência de passos: identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão de estudos/amostragem, definição das informações a serem extraídos das pesquisas selecionados e categorização das mesmas, análise crítica dos estudos incluídos na revisão integrativa, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa ou síntese do conhecimento.

Foi elaborado um protocolo para a revisão integrativa, recorrendo ao método PICOD a fim de determinar os critérios para a seleção dos estudos, relativos aos participantes, intervenção, contexto, resultados e desenho do estudo, (Ramalho, 2005).

Fizeram parte da amostra: artigos de pesquisa original, revisão de literatura e reflexão teórica, publicados em periódicos indexados nos bancos de dados online na área da temática de investigação – Biblioteca do Conhecimento online B-One EBSCO, *Bone Marrow Transplantation* e *Patient Education and Counseling: Elsevier* – na forma completa, no período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2011. Foi ainda feita busca no *Google Scholar* relativamente a referências de artigos com potencial relevância. Foram excluídos: monografias, dissertação, tese, livro, capítulo e resenha de livro, manual, relatório técnico e científico, artigo incompleto ou não disponível online; materiais publicados noutros idiomas que não fossem inglês e português; estudos que não contemplassem os componentes da temática, ou que enunciassem participantes que não pertencessem à idade adulta.

A localização e seleção dos estudos nas bases *online* foi realizada no período compreendido entre Dezembro de 2011 e Março de 2012. Para realizar a pesquisa booleana foram aplicados os seguintes descritores, decorrentes da pergunta norteadora: Doente/ cliente (*Patient*); Enfermeiro/Enfermagem (*nurse/nursing*); Transplante de Progenitores Hematopoiéticos/Transplante de Medula Óssea

(*Haematopoietic Stem Cell Transplant /Bone Marrow Transplant*); Informação (*information delivery*); Intervenção educativa (*educational intervention/ patient education*); autocuidado/capacitação (*self-care*); Planeamento da alta (*discharge planning*); Alta clínica (*discharge*).

Resultaram 123 artigos: 116 no EBSCO; 4 no *Bone Marrow Transplantation*; 1 no *Patient Education and Counseling-Elsevier*, e 2 no *Google Scholar* complementando a partir de referências anteriores.

Prosseguindo com o primeiro teste de evidência, foi realizada a análise da totalidade dos artigos no que diz respeito à questão norteadora. Totalizaram 30 artigos científicos com texto integral, sendo que os excluídos não tinham texto integral disponível online. No segundo teste de evidência os artigos foram submetidos a leitura completa tendo sido 9 excluídos devido a repetição, similaridade ou com critérios de exclusão. Os 21 artigos selecionados constituíram a amostra desta revisão integrativa. Ordenados cronologicamente de forma decrescente, os estudos foram identificados com números código (E<número do estudo>), tendo sido colhidos dados identificativos: título, autores, ano de publicação, periódico e fonte, idioma e País do estudo, desenho metodológico, objetivo e síntese descritiva dos principais resultados/implicações. Atentando aos dados resumidos que um artigo pode oferecer relativamente ao procedimento científico utilizado, foram alvo de classificação em nível de evidência (Melnik e Fineout-Overholt, 2005) para expressar a força da evidência, (abreviado em NE <classificação do estudo>). De forma a facilitar a visualização da amostra, o **Quadro 1** apresenta a organização dos referidos 21 artigos selecionados e alguns dos dados identificativos mais pertinentes. Procedemos, posteriormente, à concretização da análise de conteúdo de cada artigo, agrupando os dados nos

Título do Estudo	Ano	Autor princ.	Periódico	País	Desenho Pesquisa e NE
<i>E1 - Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: a survey from the Nurses Group of the European Group for blood and marrow transplantation</i>	2011	Kirsch, M.	Bone Marrow Transplantation	Suíça	Estudo Descritivo Exploratório (NE: VI)
<i>E2 - Core competencies for bone marrow transplantation nurse practices.</i>	2011	Knopf, K.	Clinical Journal of Oncology Nursing	USA	Revisão da Literatura (NE:V)
<i>E3- The long haul: Caring for bone marrow transplant patients in regional Australia</i>	2011	Bray, L.	Australian Journal Of Advanced Nursing	Australia	Estudo Descritivo Exploratório (NE: VI)
<i>E4 - An individualized dyadic problem-solving education intervention for patients and family caregivers during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a feasibility study.</i>	2010	Bevans M.	Cancer Nursing	EUA	Estudo pré Experimental sem randomização (NE: IV)
<i>E5 - Patient and family education in HSCT: improving awareness of respiratory virus infection and influenza vaccination. A descriptive study and brief intervention</i>	2010	Ferguson E.	Bone Marrow Transplantation	Austrália	Estudo pré Experimental sem randomização (NE: IV)
<i>E6 - Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study.</i>	2010	Farsi, Z.	Nursing & Health Sciences	Irão	Estudo qualitativo exploratório (NE: VI)
<i>E7- Hematopoietic stem cell transplantation nursing: a practice variation study.</i>	2009	Bevans, M Tierney, D	Oncology Nursing Forum	EUA	Estudo Descritivo Exploratório (NE: VI)
<i>E8 - Health-related quality of life following hematopoietic cell transplantation: patient education, evaluation and intervention.</i>	2009	Pidala, J.	British Journal Of Haematology,	EUA	Revisão Sistemática (NE:V)
<i>E 9 - Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention</i>	2008	Cooke, L.	Clinical Nurse Specialist	EUA	Estudo de caso, Qualitativo (NE: VI)
<i>E10 - Demandas de atenção de um paciente na unidade de transplante de medula óssea</i>	2007	Pontes, L.	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Brasil	Estudo de caso, Qualitativo (NE: VI)
<i>E11 - A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa</i>	2007	Fermino	Cogitare Enfermagem	Brasil	Pesquisa Descritiva + Quase Experimental (NE: VI)
<i>E12 - Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation.</i>	2007	Jarden, M.	Bone Marrow Transplantation	Dinamarca	Estudo Experimental randomizado (NE: II)
<i>E13 - Whatever It Takes: Informal Caregiving Dynamics in Blood and Marrow Transplantation.</i>	2007	Williams, L.	Oncology Nursing Forum	EUA	Estudo Qualitativo exploratório (NE: VI)
<i>E14 - An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea</i>	2006	Yoon, S.	International Journal Of Nursing Practice	Australia	Revisão Sistemática (NE: VI)
<i>E15 - Discharge and unscheduled readmissions of adult patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: implications for developing nursing interventions</i>	2005	Grant, M.	Oncology Nursing Forum	EUA	Estudo de coorte (NE: IV)
<i>E16 - Stress among allogeneic bone marrow transplantation patients</i>	2005	Heinonen, H.	Patient Education and Counseling	Finlândia	Estudo Descritivo Exploratório (NE: VI)
<i>E17 - The long-term psychosocial effects of hematopoietic stem cell transplantation</i>	2003	Gruber, U.	European Journal Of Cancer Care	Alemanha	Estudo descritivo exploratório (NE: VI)
<i>E18 - The Cooperative Care Model: An Innovative Approach to Deliver Blood and Marrow Stem Cell Transplant Care</i>	2003	Schmit-Pokorny, K.	Clinical Journal Of Oncology Nursing	EUA	Relatório de programa (NE: VII)
<i>E19 - Mismanaging the gift of life: noncompliance in the context of adult stem cell transplantation</i>	2002	Bishop, M.	. Bone Marrow Transplantation	EUA	Revisão sistemática (NE: V)
<i>E20 - Interdisciplinary Modular Teaching for Patients Undergoing Progenitor Cell Transplantation</i>	2002	Kemp, J.	Clinical Journal Of Oncology Nursing	EUA	Estudo pré Experimental sem randomização (NE: IV)
<i>E21 - Caregiver Responses and Needs</i>	2000	Grimm, P.	Cancer Practice	EUA	Estudo de Coorte (NE: IV)

Quadro 1: Matriz A- Descrição dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a intervenção educativa no planejamento da alta da pessoa submetida a TPH, com identificação do título, ano, autoria, periódico, país origem, o desenho metodológico e NE

componentes major do Modelo de Qualidade-Cuidado® de Duffy e Hoskins (2003), constituindo as categorias e subcategorias respetivamente: Estrutura/participantes - Sistema de Cuidados, Pessoa/família e Prestadores de cuidados; Processo/Relacionamento de Cuidados - Relacionamentos independentes e relacionamentos colaborantes; Resultados - Sistema de Cuidados, Pessoa/Família, Prestadores de Cuidado e Sistema de Cuidados.

De forma a contornar possíveis vieses, os testes de evidência e análise de conteúdo foram concretizados em dois momentos distanciados no tempo (Fevereiro e Maio de 2012).

Usufruímos das utilidades do instrumento informático CmapTools® para facilitar a representação do desenho metodológico e, principalmente, para mapear as evidências de forma a representar os fatores constantes ao fenómeno estudado e a informar sobre o processo estudado.

Resultados e Discussão

Ao analisar os 21 artigos, os Estados Unidos da América surge como o país que promove com mais frequência investigação relativa aos aspetos implicados no planeamento da alta em TPH, sendo maioritariamente o Inglês o idioma de expressão da investigação. Ao longo da última década verificou-se um incremento da investigação da problemática, sobretudo a partir do ano de 2007, (Gráfico 1).

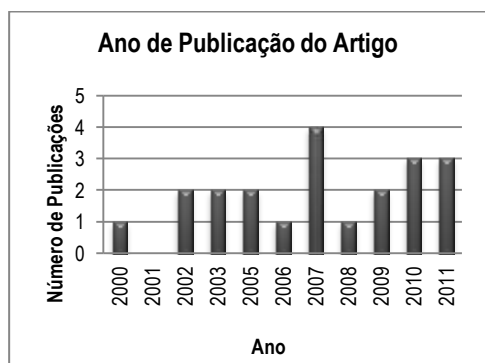


Gráfico 1: Distribuição por ano de publicação

Considerando a classificação da força de evidência das publicações, apresentadas no Gráfico 2, verificamos maior prevalência de estudos classificados com NE VI, nomeadamente, cuja abordagem é exploratória e descritiva. São revelados 9 resultados inscritos na classificação de NE moderado (IV e V)), resultantes de estudos de características pré-experimentais e revisões sistemáticas da teoria, respetivamente. Um dos estudos selecionados com potencial resposta à pergunta norteadora cumpriu o método de pesquisa experimental, classificado em NE II, evidencia considerada forte. Foi também escolhido um artigo que apresenta a descrição de programa, classificado em NE VII e, por isso, cuja evidência é fraca.

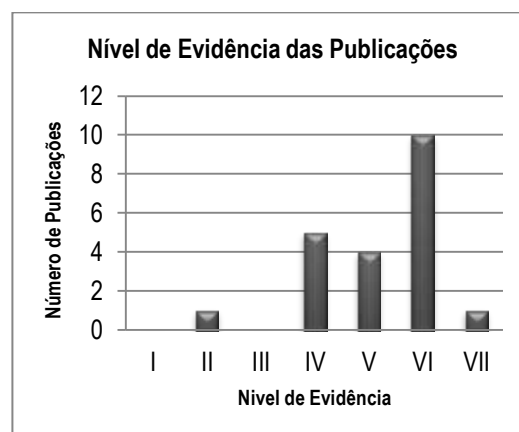


Gráfico 2: Distribuição por classificação de níveis de evidência das publicações

Mapa síntese dos resultados à luz do Modelo da Qualidade-Cuidado®, (Duffy e Hoskins, 2003)

As evidências que se pronunciaram naturalmente nos resultados da análise dos estudos que constituem a amostra relativa à temática *A Intervenção Educativa de Enfermagem no Planeamento da Alta da Pessoa Submetida a Transplante de Progenitores Hematopoiéticos*, foram analisados, relacionados e categorizados em função dos conceitos sensíveis para o estudo - estrutura ou participantes, processo ou relacionamento de cuidados e resultados, e sintetizada

a sua presença no **Quadro 2**. De forma a facilitar a associação dos contributos com o estudo constituinte da amostra, os mesmos estão referenciados com o código do estudo e respectiva classificação de nível de evidência de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt, (2005).

Estrutura ou Participantes

Considerando a totalidade dos artigos selecionados, são maioritariamente alvo de estudo a Pessoa submetida a TPH, família e enfermeira; mediante estudos exploratórios e descritivos propõem-se a caracterizar o contexto de passado dos participantes inclusos no programa de TPH, nomeadamente relativamente aos seus descritores, campo fenomenológico, atitudes e comportamentos, aspetos específicos, recursos, entre outros.

A exploração da identidade da **Pessoa e Família** adulta que se submete a TPH é mediada pela consideração de características sociodemográficas, da doença e do tratamento ([E12: NE.II]; [E21, E16 E15, E4: NE.IV]; [E19: NE.V]; [E17, E13, E6, E3: NE.VII]).

São maioritariamente registados fatos relacionados com o regime de internamento necessário ([E21: NE.IV]; [E19: NE.V]), sendo indicada a população submetida a TPH alogénico como a mais vulnerável a infeções ou readmissões (E15:NE.IV). Associa-se a

esta condição o grau considerável em que estes subestimam o risco de infeções respiratórias e desconhecem métodos de prevenção (E5:NE.V). São também enunciadas as experiências de efeitos adversos significativos com o TPH (E3:NE.VI), com impacto na vida e bem-estar da pessoa que o vivencia, ([E8:NE.V]; [E17, E10, E9, E6, E3: NE.VI]).

Tentando definir uma linha de referencia anterior ao TPH, é justificado o acesso inicial à avaliação da Qualidade de Vida Relacionada com Saúde (QVS) pela pessoa incluída no programa, ([E17, E3: NE.VI]; [E8:NE.V]).

Por outro lado, a realidade cultural em que a pessoa submerge influi nas estratégias de adaptação empregadas para vivenciar a experiência de TPH, envolvendo necessidades de informação e apoio, ([E4:NE.IV]; [E14:NE.V]; [E6:NE.VI]).

Para além da pessoa submetida a TPH, os estudos sublinham a estrutura significativa de cuidados que assegura o seu apoio, nomeadamente, o **cuidador informal**. Expressivamente enunciados como pais e cônjuges, a sua caracterização sociodemográfica também é visada no processo de TPH, ([E21,E4:NE.IV]; [E13, E6, E3:NE.VI]). Foram exploradas as condições que garantem a dinâmica de relação de cuidados entre os cuidadores informais e o doente pela sua implicação no trajeto de doença e

Código Estudo	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21
Nível de Evidência	VI	V	VI	IV	IV	VI	VI	V	VI	VI	VI	II	VI	V	IV	VI	VI	VIII	V	IV	IV
Estrutural/Participantes	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Pessoa/Família			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X
Prestadores de Cuidados	X	X	X	X	X		X		X		X			X	X			X		X	
Sistema de Cuidados	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Processo/Relacionamentos de Cuidados	X		X	X	X		X	X	X		X	X		X	X		X	X	X	X	X
Relacionamentos independentes			X	X			X	X	X		X	X		X	X		X	X	X	X	X
Relacionamentos Colaborativos	X		X	X	X		X	X						X	X				X	X	
Resultados	X		X	X	X		X	X			X	X		X	X		X	X	X	X	X
Sentir-se Cuidado			X	X	X						X	X		X	X			X		X	X
Pessoa/Família			X	X	X			X			X			X	X		X	X	X	X	X
Prestadores de cuidados	X						X				X							X	X		
Sistema de cuidados			X	X			X	X							X			X	X	X	

Quadro 2: Matriz B - Síntese da identificação das categorias major do Modelo Qualidade- Cuidado © (Duffy e Hoskins, 2003)

TPH, (E13:NE.VI). Estes dados garantem a importância de focar as necessidades e respostas emocionais dos cuidadores informais de acordo com a etapa de TPH em que prestam apoio, (E21: NE.IV).

Por outro lado, nos artigos escolhidos que retratam a prestação de cuidados em TPH, são enunciados os **prestadores de cuidados** com função no mesmo, expondo a equipa multidisciplinar inerente à prestação de cuidados de saúde em TPH, ([E20, E15, E5, E4:(NE.IV)]; [E19; E14, E2: NE.V]; [E18: NE.VII]; [E11; E9 E7 E3 E1 NE.VI]). É distinguido o papel específico do enfermeiro, enquanto profissional de saúde especializado em TPH, na liderança e gestão clínica da pessoa submetida a transplante, com papel preponderante na transmissão da informação e prestação de apoio emocional, ([E4:(NE.IV)]; [E2: NE.V]; [E18: NE.VII]; [E11; E9 E7 E3 E1 NE.VI]). Para além das variáveis sociodemográficas e aspetos formativos e profissionais, o enfermeiro em TPH é definido mediante as suas competências específicas, profissionais e clínicas, destacando-se as competências de planear o tratamento ao longo do processo de TPH, educar, apoiar nas relações colaborativas e de consultadoria, assegurar a qualidade e cuidar as diversas populações relacionadas com o contexto de TPH, (E2: NE.V).

Corroboram com o padrão das competências específicas, as subsequentes competências do enfermeiro em TPH na implementação de um programa educativo, onde educar e apoiar sobressaem, implicando aptidões técnicas, clínicas e interpessoais. A liderança profissional e clínica despontam como capacidade implícita relacionada com aptidões de coordenação dos serviços, colaboração, e na comunicação independente e colaborativa. É salientada a necessária prática de cuidados baseada na evidência, (E9:NE.VI). A comunicação terapêutica surge como competência transversal a todas as enunciadas anteriores, (E11:NE.VI), e essencial para o

enfermeiro enquanto principal provedor de ensino, (E7:NE.VI).

Todavia, é expressa a variação de práticas de enfermagem na intervenção educativa, associada à não adesão às normas orientadoras, (E7:NE.VI). Com relação com a forma como é transmitida a informação, são pronunciadas as perceções relativamente à transmissão de informação para a pessoa incluída no programa de TPH (E7:NE.VI).

No que concerne ao **sistema de cuidados**, versa o contexto de cuidados que varia de acordo com a opção terapêutica, focando os estudos, predominantemente, a situação de internamento, ([E2:NE.V]; [E1:NE.VI]). Nesta sequência, são enunciados os critérios que determinam a alta clínica do regime de internamento agudo em TPH, concorrendo para o estabelecimento do período de hospitalização necessário, ([E15:NE.IV]; [E21:NE.IV]). É identificada uma variabilidade de prestação de cuidados permeada por disparidades na implementação dos protocolos de tratamento e na gestão clínica, (E7:NE.VI).

Da análise dos estudos foram apuradas diversas formas ou conteúdos de modelos, programas ou intervenções participativas com vista a solucionar problemas e a orientar a educação da pessoa submetida a TPH e cuidador, visando o momento da alta. Predomina o recurso a sessões educativas, variando em número, de acordo com o objetivo e contexto onde a intervenção é implementada, nunca menos que 5 minutos, (E5:NE.IV), e nunca mais de 1 hora durante 5 dias por semana, ao longo de 4 a 6 semanas, (E12:NE.II). São enunciados vários métodos de implementação dos programas ou intervenção, expressando-se o material escrito e sessões individuais e em grupo como as mais experimentadas, ([E12:NE.II]; [E21, E5:NE.IV]; [E9:NE. VI]., [E18:NE.VII]). É descrita a inclusão de programas específicos em protocolos institucionais, ([E4:NE.IV]; [E5:NE.IV]), e também a vigência de um instrumento de documentação de necessidades informativas da

pessoa submetida a TPH que medeia a sistematização do registo e o acesso multidisciplinar, (E20:NE.V). Ainda nesta vertente de documentação, a proposta da implementação do instrumento EORTC QLQ-INFO25 ao doente sujeito a TPH, viabiliza a avaliação dos resultados do processo educativo realizado, (E1:NE.VI).

Ainda assim, persiste a carência de formas estruturadas de transmissão da informação e relatórios documentais desta transmissão, (E1:NE.VI).

Porque os recursos humanos são a principal fonte de disponibilização de informação, são visados na formação para o desenvolvimento de competências em comunicação terapêutica, (E15:NE.IV). Os recursos físicos são enunciados como mediadores importantes na transmissão de informação, ([E21, E20, E4, :NE.IV]; [E17, E7, E3, E1:NE.VI]).

Processo ou Relacionamentos de cuidados

Esta segunda categoria que se define assim como principal foco do Modelo Qualidade-Cuidado © de Duffy e Hoskins (2003) foi identificada em 16 publicações de um total de 21 selecionadas. Muitos destes artigos espelham estudos participados com a implementação de intervenção; de acordo com a sua natureza, incorporaram a definição de relacionamentos independentes (específicos da disciplina da enfermagem). ou colaborativos. (atividades em complementaridade).

Evidenciando as **relações independentes**, é manifestado que a intervenção educativa, mais expressiva e valorizada, acontece no momento do planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH e é conferida pelo enfermeiro (E7:NE.VI). Os dados informam que esta decorre garantidamente a partir das 48 horas anteriores à alta clínica, sendo defendido que deve de ocorrer desde o dia da admissão (E20, E15:NE.IV). A inclusão do cuidador informal no processo educativo é constante ([E18:NE.VII], [E7:NEVI]) sendo fomentada a relação ativa de

cuidados que vise a diáde, prestando instrução e orientação especializada (E9:NEVI).

Os conteúdos visados na informação transmitida são apresentados pelos estudos, obedecendo neste aspeto, a princípios decorrentes da respetiva experiência e/ou normas internacionais, organizacionais para a prática de cuidados, (E7:NE.VI). A sessão com método individual é maioritariamente utilizada, sendo que a fonte primária de educação sucede, com origem num programa ou disposição organizacional, podendo ser suportado nos recursos físicos, ([E12:NE.II]; [E21:NE.IV]; [E14,E7:NE.VI]., [E18:NE.VII]).

Nos diversos programas ou intervenção educativas, a continuidade na prestação de apoio e educação é assegurada com a implementação de diversas estratégias e mediante uma abordagem compreensiva e holística. Para isso, são anunciados dados relativos à aplicação clínica da escala de QVS e a definição de competências de comunicação interpessoal no desenvolvimento desta prestação de cuidados, ([E19,E8:NE.V]; [E15:NE.IV]; [E14:NE.VI]).

Para acontecer relacionamento terapêutico com os doentes, três grupos de técnicas são evidenciadas: expressão, clarificação e validação, (E11:NE.VI)

Os **relacionamentos colaborativos** patenteiam a colaboração do enfermeiro com outros profissionais, viabilizando a abordagem transdisciplinar de assistir família e doente no planeamento da alta após TPH. Como já havia sido evidenciado em relação às relações independentes, a avaliação da QVS e incorporação destes resultados na prática facilita o reconhecimento das necessidades, assegurando a continuidade do plano de cuidados e conferindo a complementaridade necessária na gestão do programa educativo, (E8:NE.V).

A relação complementar entre médico e enfermeiro na intervenção educativa que é a mais salientada na amostra de artigos, sendo apontado o respetivo consenso e coordenação de recomendações para

promover comportamentos de adesão do doente ao regime terapêutico. É evidência que a intervenção educativa que visa o planeamento da alta da pessoa submetida a TPH inclui a divisão de responsabilidades de cuidados e espelha-se nas relações de colaboração entre prestadores de cuidados e/ou recursos do sistema de cuidados, ([E15, E5, E4:NE.IV]; [E19,:NE.V]; [E3, E1:NE.VI]).

Perante o papel essencial do enfermeiro enquanto educador, este é reconhecido para o estabelecimento de relações em colaboração e consultoria ([E4:NE.IV];[E9:NE.VI]).

O Plano de registo interdisciplinar da intervenção educativa e preparação para alta assiste o estabelecimento deste tipo de relação. (E20:EN.IV).

Resultados

O resultado, no que concerne ao constructo futuro foi categorizado em 15 artigos da amostra total, sendo ordenados dados referentes a resultados intermediários, que se traduzem em mudanças de comportamento, como o “sentir-se cuidado” sem ter impacto direto nos resultados finais.

Neste âmbito de **resultados intermédio**, sublinham-se os níveis gerais de satisfação da pessoa submetida a TPH e respetivos cuidadores, relativamente a programas de intervenção educativa, sendo salientados resultados de adesão às intervenções instituídas, ([E12:NE.II]; [E4:NE.IV]).

O aumento do conhecimento, mediado pelo processo educativo, e utilização de técnicas de comunicação terapêutica, resultam em perceções de segurança e confiança, com redução da ansiedade. É mediada a competência e a independência para o autocuidado ([E20, E5, E4:NE.IV], [E11:NE.VI];[E18:NE.VII]).

A implicação dos princípios paliativos abonam em aprendizagem cognitiva, afetiva e psicomotora, e também, em capacitação, (E14:NE.VI).

Constam dados relativos à intervenção educativa desde a admissão associada a menor perturbação do humor ou a índices depressivos, (E21:NE.IV).

No que diz respeito a **resultados futuros**, a **pessoa** restaura níveis semelhantes ao estado anterior ao TPH entre o primeiro e o segundo ano após o TPH, ([E8:NE.V]; [E17, E3:NE.VI]). Está associado ao processo educativo, e adesão ao regime terapêutico. A implementação da abordagem do modelo de cuidado cooperativo, evidencia a capacitação e adesão e a diminuição de erros de medicação, (E18:NE.VII). A não adesão é relacionada com consequências a nível do aumento da mortalidade e morbilidade (E19:NE.V). Verifica-se o potenciar da aprendizagem e capacitação para a tomada de decisão futura, ([E12:NE.II];[E20, E5:NE.IV]; [E14, E3:NE.VI]).

Os **prestadores de cuidados** enunciam a satisfação quanto à abordagem educativa estruturada evidenciando-se menor rotatividade de elementos, pela perceção do papel e resultados positivos que promovem, (E18:NE.VII).

A otimização do **sistema de cuidados** da pessoa submetida a TPH requer um nível de atenção e avaliação da QVS, com resultados a nível da gestão de sintomas, na manutenção ou recuperação dos níveis de QV após o TPH.

A intervenção educativa tem o potencial de afetar o número de readmissões e o período de internamento em cada admissão, (E15:NE.IV). Por sua vez, além destes resultados, a abordagem educativa constante à implementação do Modelo Cuidado Cooperativo evidencia também uma redução de custos associados, (E15:NE.IV)

Implicações Práticas

Determinada a conceção compreensiva da melhor evidência científica disponível no âmbito da problemática, e com vista à orientação da prática clínica na intervenção educacional no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH realizado pelo enfermeiro, é constituindo organicamente um mapa conceptual orientador da ação prática intitulado *Mapa*

do *Cuidado para Regressar a Casa*, apresentado na **Figura 2**. Visa uma representação conceptual da complexidade do fenómeno, sublinhando os fatores que têm conexão com resultados de qualidade do processo em causa, podendo fundamentar normas de procedimento e critérios de avaliação respeitantes à estruturação de um programa educativo para o planeamento da alta da Pessoa submetida a TPH.

Todavia, a compreensão do fenómeno que se suporta na inclusão das evidências provenientes de vários estudos subjugados a abordagens dedutivas e indutivas associa o risco de exceder na generalização, a partir de evidências pontuais sobre fatores associados à intervenção educativa em estudo.

De salientar ainda, o predomínio de estudos qualitativos e exploratórios/descritivos em relação aos estudos descritivo/preditivos, relativizando o grau de confiabilidade. Soma-se o resumo da metodologia em forma de artigo, que carece de pormenor, e constitui risco para a compreensão e para o rigor científico no delineamento e contributos da presente pesquisa.

A presente pesquisa concorre com o presente estado de expansão científica na área de conhecimento em TPH, que verifica um aumento considerável a partir do ano 2007, constituindo força dinamizadora para basear a necessidade de maior investimento em estudos com alto nível de evidência, como o desenvolvimento de revisões sistemáticas que assegurem a prática clínica baseada na evidência, bem como com uma estrutura metodológica mais explícita e/ou melhor delineada.

Conclusões

As evidências científicas, predominantemente resultantes de estudos exploratório-preditivos, apuram o enfermeiro, detentor de competências específicas em TPH, como principal promotor da intervenção educativa, e que compreende na intervenção, a Pessoa submetida a TPH e respetivo cuidador informal. São salientadas as competências

comunicacionais terapêuticas e de apoio do enfermeiro, no estabelecimento da relação independente, cujas evidências salientam e que deve ser individualizada, considerando o contexto total do doente. É ainda salientada a competência de colaboração para estabelecer relações colaborativas de cuidados com equipa multidisciplinar, visando a intervenção educativa, com resultados na aprendizagem, capacitação e adesão ao tratamento quando é estruturada, assumindo a forma de programa. Quanto aos resultados finais, estes fatores estão associados grandemente à satisfação, QV, diminuição de custos financeiros, pessoais e de recursos.

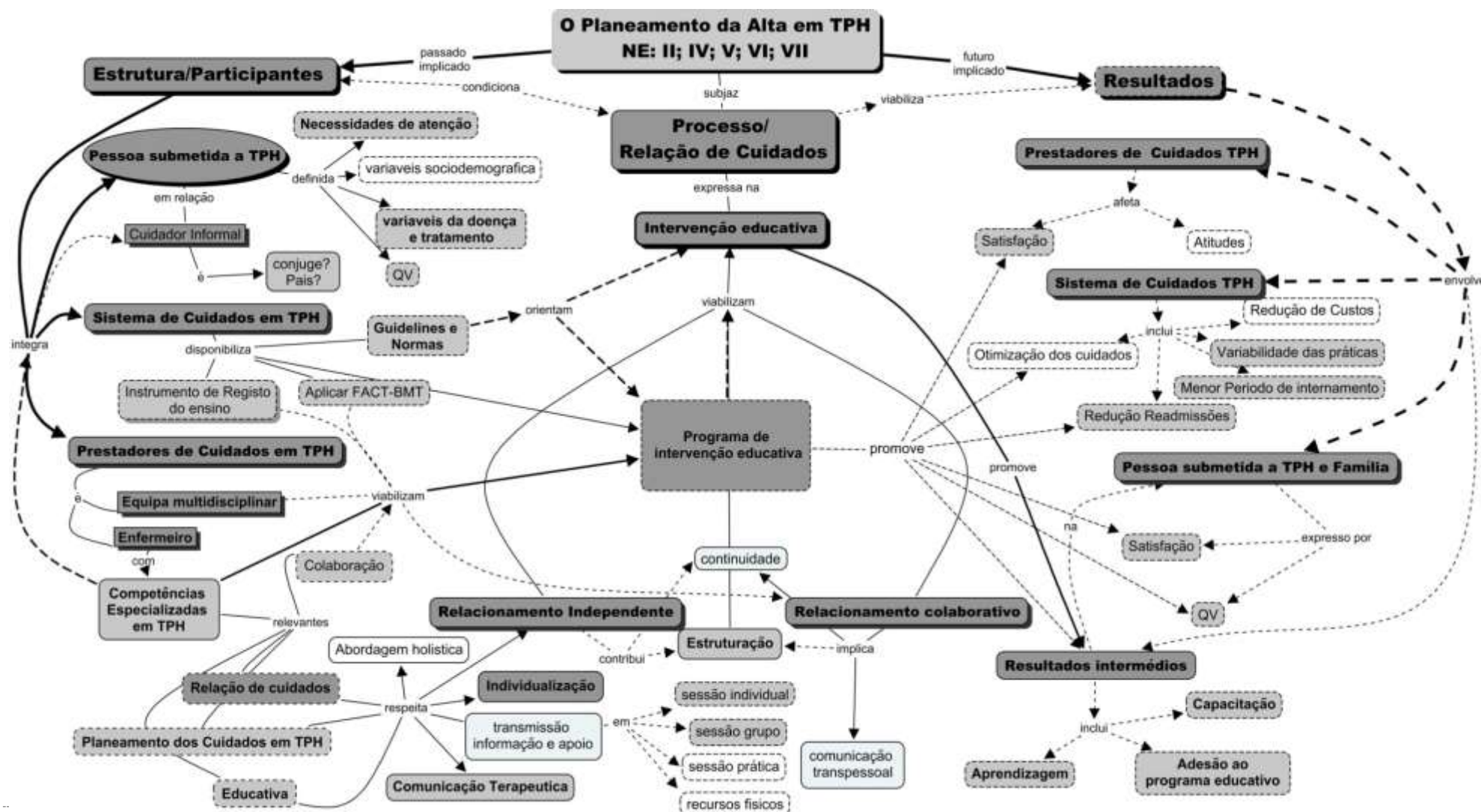
Os desafios para futuras pesquisas estão relacionados com o maior investimento em estudos com alto nível de evidência. É adequado investigar sobre o desenvolvimento de protocolos, escolha de métodos de ensino e influencia destes na aprendizagem e vida dos participantes, de forma a vincular a prática de cuidados às relativas evidências científicas e a ampliar o conhecimento científico nas áreas de processo e resultados, e com menor expressão neste estudo.

Ainda assim, o mapa das evidências disponíveis fornece a representação figurativa para melhor identificar as relações entre os fatores implicados e a considerar no desenvolvimento das práticas de enfermagem em contexto profissional.

Referências Bibliográficas

1. APPELBAUM, F. et. al. (2011). *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation*. 4ª edição, Oxford: John Wiley & Sons. ISBN 9781444357455.
2. APPERLEY, J. et. al. (2008) *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology.

Figura 2 – Mapa do Cuidado para regressar a casa : mapa conceptual da representação de evidências científicas da intervenção educativa de enfermagem no planeamento da alta da pessoa submetida a TPH, categorizadas à luz do Modelo Qualidade Cuidado® (2003), cuja gradação ou cor mais escura é atribuída aos contributos e relações, com maior frequência de significado expreso ou classificação NE.



3. BEVANS, M.; CASTRO, K.; PRINCE, P.; SHELBURNE, N.; PRACHENKO, O.; LOSCALZO, M.; ZABORA, J. (2010). An individualized dyadic problem-solving education intervention for patients and family caregivers during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: a feasibility study. *Cancer Nursing*, 33(2), E24-E32; Disponível em <<http://web.ebscohost.com>> acedido a 4.01.2012;
4. BISHOP, M.; RODRIGUE, J.; WINGARD, J. (2002). Mismanaging the gift of life: noncompliance in the context of adult stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 29(11), 875-880. Disponível em <<http://www.medicine.ufl.edu>> acedido a 4.02.2012;
5. BOTELHO, L. [et. al.] (2011). O Método de revisão integrativa nos estudos de revisão integrativa organizacionais. *Gestão e sociedade*. Belo Horizonte, 5(11):121-136. ISBN 19802756.
6. BRAY, L.; JORDENS, C. ; ROWLINGS, P.; BRADSTOCK, K.; KERRIDGE, I. (2011). The long haul: Caring for bone marrow transplant patients in regional Australia. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 29(1), 5-13. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>>, acedido a 4.01.2012;
7. CASTRO, B.; RICARDO, M. (2003). *Gerir o trabalho de projecto: guia para a flexibilização e revisão curriculares*. 7ª edição, Lisboa: Texto. ISBN 972-47-1725-9.
8. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Versão 1.0. 3.ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 92-95040-36-8.
9. COOKE, L.; GEMMILL, R.; GRANT, M. (2008). Advanced practice nurses core competencies: a framework for developing and testing an advanced practice nurse discharge intervention. *Clinical Nurse Specialist* 22(5), 218-225.
10. CORDINNIER, C. (2008). Infections after HSCT. In: *Haemopoietic Stem Cell Transplantation*. Paris: European School of Haematology.
11. COUNCIL OF EUROPE AND EUROPEAN COMMISSION (2000). *T-Kit Project Management*. Strasbourg: Council of Europe Publishing. Disponível em < http://youth-partnership-eu.coe.int/youth-partnership/documents/Publications/T_kits/3/content.pdf>, acedido a 12.3.2012, 13:00.
12. DUFFY, J. (2009). *Quality caring in nursing: applying theory to clinical practice, education and leadership*. Kindle edition, New York: Springer Publishing Company. ISBN 9780826121288.
13. DUFFY, J.; HOSKINS, L. (2003). Caring relationships and evidence-based practice: can they coexist?. *International Journal For Human Caring*, 7(3): 45-50. Disponível em <http://web.ebscohost.com/>>, acedido a 22.10.2011.
14. FARSI, Z.; DEGHAN NAYERI, N.; NEGARANDEH, R. (2010). Coping strategies of adults with leukemia undergoing hematopoietic stem cell transplantation in Iran: a qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 12(4), 485-492. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>>, acedido a 2.02.2012;
15. FERGUSON, P.; JORDENS, C.; GILROY, N. (2010). Patient and family education in HSCT: improving awareness of respiratory virus infection and influenza vaccination. A descriptive study and brief intervention. *Bone Marrow Transplantation*, 45(4), 656-661. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>> acedido a 2.02.2012;

16. FERMINO, T.; CARVALHO, E.(2007). A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. *Cogitare Enfermagem*, 12(3), 287-295.
17. GRANT, M.; COOKE, L.; BHATIA, S.; FORMAN, S. (2005). Discharge and unscheduled readmissions of adult patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: implications for developing nursing interventions. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), E1-E8. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>> acessado a 22.02.2012;
18. GRIMM, P.; ZAWACKI, K.; MOCK, V.; KRUMM, S.; FRINK, B. (2000). Caregiver Responses and Needs. *Cancer Practice*, 8(3), 120-128. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>> acessado a 4.02.2012;
19. GRUBER, U.; FEGG, M.; BUCHMANN, M; KOLB, H.; HIDDEMANN, W. (2003). The long-term psychosocial effects of haematopoietic stem cell transplantation. *European Journal Of Cancer Care*, 12(3), 249-256. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>> acessado a 12.02.2012;
20. HEINONEN, H; VONIN, L.; ZEVON, M.; UUTELA, A.; BARRICK, C.; RUUTU, T. (2005). Stress among allogeneic bone marrow transplantation patients. *Patient Education and Counselling*, 56: 62-71. Disponível em <<http://www.medicine.ufl.edu/f>> acessado a 22.02.2012;
21. INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2012). *Closing the gap from evidence to action*. Geneve: ICN. ISBN 978-5295097758.
22. JARDEN, M.; HOVGGAARD, D.; BOESEN, E.; QUIST, M.; ADAMSEN, L. (2007). Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 40(8), 793-800. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>> acessado a 3.02.2012;
23. KEMP, J. (2002). Interdisciplinary Modular Teaching for Patients Undergoing Progenitor Cell Transplantation. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 6(3), 1-4. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/>> acessado a 3.02.2012;
24. KIRSCH M.; CROMBEZ P.; CALZA S.; EELTINK C.; JOHANSSON E. (2011). Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: A survey from the Nurses Group of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. *Bone Marrow Transplant*: 1-3. Disponível em <<http://www.nature.com/bmt/journal/vaop/ncurrent/full/bmt2011223a.html>>, acessado a 22.02.2012;
25. KNOFF, K. (2011). Core Competencies for Bone Marrow Transplantation Nurse Practitioners. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 15(1), 102-105. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>>, acessado a 24.12.2011;
26. LUSARDI, M.; LEVANGIE, P.; FEIN, B. (2002). A problem-based learning approach to facilitate evidence-based practice in entry-level health professional education. *Journal Of Prosthetics & Orthotics* (JPO), 14(2), p. 40-50. Disponível em: <http://www.oandp.org/jpo/library/2002_02_040.asp> a 28.2.2012, 22:00.
27. MADRIGAL, A.; SUREDA A., et. al. (2012). The EBMT activity survey 1990-2010. *Bone Marrow Transplantation*. July, 47:906-923. Disponível em: <http://www.nature.com/bmt/journal/v47/n7/full/bmt201266a.html> acessado a 28.8.2012, 21:00.
28. MENDES K.; SILVEIRA R.; e GALVÃO C., (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 17(4): 758-64. Disponível em:

- <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>, acessado a 21.2.2012, 23:00.
29. MUELLER, P.; GLENNON, C. (2007). A nurse-developed Prechemotherapy education LV. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. [s.l.]. 11(5): 715-719.
 30. NOVAK J. (2000). *Apreender, criar e utilizar o conhecimento: Mapas Conceptuais™ como ferramentas de facilitação nas Escolas e Empresas*. Lisboa: Plátano Edições. ISBN 972 707 279 8.
 31. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem.
 32. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007) Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados, Julho. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf>, acessado a 11.11.11, 12:00.
 33. PIDALA, J.; ANASETTI, C.; JIM, H. (2009). Health-related quality of life following haematopoietic cell transplantation: patient education, evaluation and intervention. *British Journal Of Haematology*, 148(3), 373-385. Disponível em <http://web.ebscohost.com>> acessado a 3.02.2012;
 34. PONTES, L.; GUIARDELLO, E.; CAMPOS, C. (2007). Demands for attention experienced by a patient in a bone marrow transplants unit. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 41(1), 154-160. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/>> acessado a 3.02.2012;
 35. RAMALHO, A. (2005). *Manual para redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem metanálise – Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
 36. RAMALHO, A. (2005). *Manual para redacção de Estudos e Projectos de Revisão Sistemática com e sem metanálise – Estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
 37. SCHMIT-POKORNY, K.; FRANCO, T.; FRAPPIER, B.; VYHLIDAL, R. (2003). The Cooperative Care Model: An Innovative Approach to Deliver Blood and Marrow Stem Cell Transplant Care. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 7(5), 509-556. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/>> acessado a 12.02.2012;
 38. SOUZA, M.; SILVA, M.; e CARVALHO, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it?. *Einstein* (16794508), 8(1): 102-106. Disponível em <http://web.ebscohost.com>>, acessado a 21.2.2012, 12:00.
 39. THOMAS, E. (2011) A history of hallogenic Hematopoietic Cell Transplantation. In: APPELBAUM, F. et. al. (2011). *Thomas' Hematopoietic Cell Transplantation*. 4ª edição, Oxford: John Wiley & Sons, ISBN 9781444357455. .
 40. WHEDON, M. et. al. (1997). *Blood and Marrow Stem Cell Transplantation: Principles, Practice, and Nursing Insights* . 2ª ed., Edição de Jones & Bartlett Publishers. ISBN 0763703567.
 41. WHITE-WILLIAMS, C. (2011). Evidence-based practice and research: the challenge for transplant nursing. *Progress In Transplantation*, 21(4), 299-305. Disponível em <http://web.ebscohost.com>>, acessado a 24.04.2012, 14:00.
 42. WHITEMORE, R.; KNAFL, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal Of Advanced Nursing*, 52(5): 546-553. Disponível em <http://web.ebscohost.com>> acessado a 20.2.2012, 13:00.

43. WILLIAMS, L. A. (2007). Whatever It Takes: Informal Caregiving Dynamics in Blood and Marrow Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 379-387. Disponível em <<http://web.ebscohost.com>> acedido a 3.02.2012;
44. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building blocks for action. Geneva: Who. ISBN 9241590173
45. YOON, S.; CONWAY, J.; MCMILLAN, M. (2006). An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. *International Journal Of Nursing Practice*, 12(3), 129-135. Disponível em <<http://web.ebscohost.com/ehost/>> acedido a 21.12.2011;

«**Nota:** Artigo decorrente da dissertação científica apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Curso de Mestrado em Enfermagem Medico-Cirurgica (CMEMC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS – IPS)

¹ Mestranda; Pós licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (ESS-IPS), Licenciatura em Enfermagem (Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus), Enfermeira no Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, Francisco Gentil, EPE [claudiapinhao@gmail.com];

² Orientadora Científica; Professora Adjunta na ESS - IPS, Doutoramento em Desenvolvimento e Intervenção Psicológica (Universidade Extremadura, Espanha), Mestrado em Psicologia da Saúde (Instituto Superior de Psicologia Aplicada), Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Universidade Católica Portuguesa), [alice.ruivo@ess.ips.pt].

³ Co-Orientadora Científica; Professora Coordenadora na ESS - IPS, Doutoramento em Filosofia (Universidade Nova de Lisboa), Mestrado em Ciências de Enfermagem (Universidade Católica) e em História Cultural e Política (Universidade Nova de Lisboa), Licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende) e em Filosofia (Universidade Católica) [lucilia.nunes@ess.ips.pt].