



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Oncológica

Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa Submetida a Transplante de Medula Óssea e à sua Família

Vanda Cristina Lopes Ferreira

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Oncológica

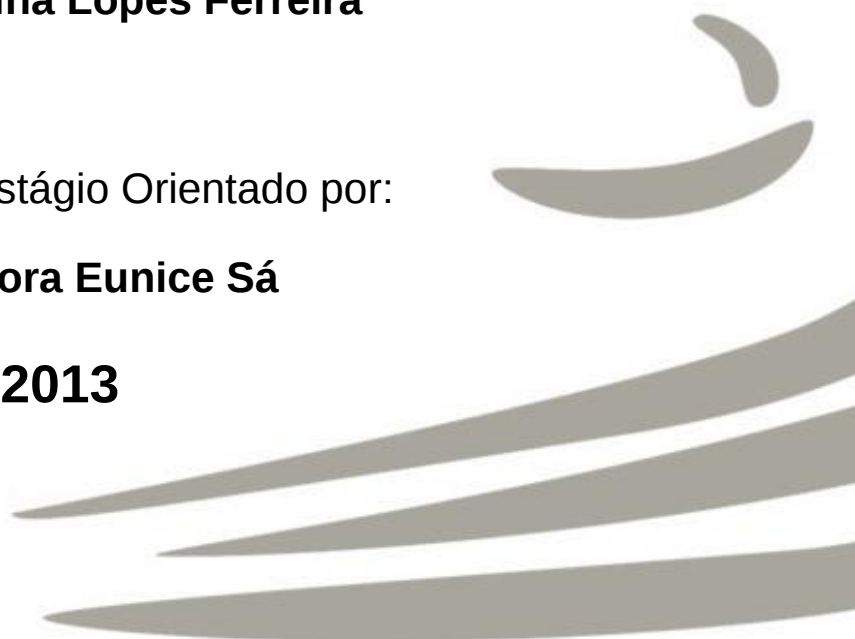
Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa Submetida a Transplante de Medula Óssea e à sua Família

Vanda Cristina Lopes Ferreira

Relatório de Estágio Orientado por:

Professora Eunice Sá

2013



*“A experiência de acompanhamento é uma experiência enriquecedora,
uma vez que nos torna mais humanos.
Há um benefício mútuo no acompanhamento.”*

Henezzel (2002, p.21)

Um enorme Obrigado ...

à orientação e exigência da Professora Eunice Sá,
e a todos aqueles que me acompanharam neste percurso...

aos amigos e a todas as pessoas com que me cruzei
e que seguiram um mesmo caminho...

à minha muito amada família...

e a ti, Pedro, pelo companheirismo, conforto e segurança!

RESUMO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O fio condutor do meu percurso foi o Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea (TMO) e à sua família. Este relatório de estágio tem como objetivo descrever o percurso que realizei, as atividades implementadas, assim como o seu contributo na promoção da melhoria dos cuidados prestados e na aquisição de competências. Com a realização dos estágios desenvolvi competências no acompanhamento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica, submetida a TMO e à sua família, através de uma prestação de cuidados especializados na preparação, no internamento e no pós-alta. Participei na gestão e administração de protocolos terapêuticos complexos, acompanhei a pessoa/família nas complicações decorrentes do TMO, através de estratégias de comunicação e do estabelecimento de um relação terapêutica.

Saliento como principais contributos para a melhoria dos cuidados prestados na área do Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, a realização de atividades como a elaboração e implementação de uma Consulta de Enfermagem Pré-TMO, assim como intervenções na área da preparação para a alta e da prevenção e controlo da infeção.

O refletir sobre este meu percurso permitiu dar ênfase à articulação entre os pressupostos teóricos e a prática clínica, levando ao desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, tendo como linha orientadora o quadro conceitual da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Segundo o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, de Benner (2001), desenvolvi competências de perita na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e sua família e de competente e proficiente no cuidado à pessoa com doença oncológica.

Palavras-chave: Acompanhamento de Enfermagem; Conforto; Pessoa com doença hemato-oncológica, Transplante de Medula Óssea.

ABSTRACT

This report comes as part of the 3rd Master's Degree in Nursing, Specialization Area in Medical-Surgical Nursing, Strand of Oncology Nursing, of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

The common thread of my journey was the Nursing Accompaniment of the person subjected to the Bone Marrow Transplant (BMT) and family. This report aims to describe the way I conducted and implemented the activities, as well as the contribution of the same in promoting better care, with an emphasis on my skill acquisition. With the completion of the stages, I developed nursing skills in monitoring the person with hemato-oncologic disease who underwent BMT and their families, through the provision of specialized care on the preparation, inpatient and post-discharge. I participated on the management and administration of complex therapeutic protocols, followed the person/family in the complications of transplantation, through communication strategies and the establishment of a therapeutic relationship.

I stress as key contributors to improving care in Nursing Accompaniment of the person subjected to BMT and family, conducting activities such as design and implementation of a Nursing Consultation Pre-BMT, as well as interventions in the area of preparation for discharge; prevention and control of infection.

The reflection on this route allowed me to emphasize the link between the theoretical and clinical practice, leading to the development of competencies of a specialist nurse, having with the guiding line the Conceptual Framework from Comfort Theory by Katharine Kolcaba. According to the Dreyfus Model of skill acquisition applied to nursing by Benner (2001), I was able to develop expert skills on the area of Nursing Accompaniment of the person underwent BMT and their family, and competent and proficient in caring the person with oncological disease.

Keywords: Nursing Accompaniment; Comfort; Person with hemato-oncological disease, Bone Marrow Transplant.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ALO-TMO – Transplante de Medula Óssea Alogénico.

AUTO-TMO – Transplante de Medula Óssea Autólogo.

BMT – Bone Marrow Transplant (Transplante de Medula Óssea)

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Controle e Prevenção de Doenças)

CVC – Cateter Venoso Central

EO - Enfermagem Oncológica

EBMT – European Group for Blood and Marrow Transplantation

EONS - European Oncology Nursing Society (Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica)

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HEPA - High Efficiency Particulate Air Filters (filtros de ar de elevada eficiência da separação de partículas)

LMA – Leucemia Mieloblástica Aguda

MO – Medula Óssea

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBSC - Peripheral Blood Stem Cells (células sanguíneas pluripotentes periféricas)

QT – Quimioterapia

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

TMO - Transplante de Medula Óssea

Índice

	Pág.
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
INTRODUÇÃO	10
1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1. Transplante de Medula Óssea	17
2.2. Acompanhamento de Enfermagem.....	19
2.3. Acompanhamento de Enfermagem no processo de TMO	21
2.3.1. Acompanhamento de Enfermagem na Preparação para o TMO	22
2.3.2. Acompanhamento de Enfermagem durante o TMO	23
2.3.3. Acompanhamento de Enfermagem após o TMO.....	23
2.3.4. Acompanhamento de Enfermagem aos familiares	24
3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO “ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A TMO E À SUA FAMÍLIA.....	26
3.1. Diagnóstico das necessidades da prática de cuidados	26
3.2. Planeamento e Execução do Projeto de Intervenção “Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família”	27
4. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	50
5. QUESTÕES ÉTICAS.....	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS.....	67

Anexo I – Dados das admissões na Unidade e registo das consultas de enfermagem pré-TMO realizadas

Anexo II – Registos dos contactos telefónicos realizados após a alta.

APÊNDICES73

APÊNDICE I – Metodologia da Revisão Sistemática da Literatura

APÊNDICE II - Estudo de Caso I

APÊNDICE III – Jornal de Aprendizagem I

APÊNDICE IV – Apresentação no Local de Estágio I: Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa Submetida a TMO e à sua família

APÊNDICE V – Reflexão Crítica do Estágio I

APÊNDICE VI – Estudo de Caso II

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem II

APÊNDICE VIII – Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO

APÊNDICE IX - Apresentação no Local de Estágio II: Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa Submetida a TMO e à sua família

APÊNDICE X – Participação da Mesa Redonda do Congresso Científico sobre Isolamento à Pessoa Submetida a TMO no Local de Estágio II

APÊNDICE XI - Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de competência

INTRODUÇÃO

O relatório seguinte surge no contexto do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica (EO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), nomeadamente na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 3º semestre desse curso. Este estágio dividiu-se em dois momentos, o primeiro decorreu de 1 de Outubro de 2012 a 30 de Novembro de 2012 e o segundo de 1 de Dezembro de 2012 a 8 de Fevereiro de 2013, ambos em Unidades de Transplantação de Medula Óssea, primeiro numa instituição de referência na área da oncologia em Lisboa e segundo num centro hospitalar da região de Lisboa.

Relativamente ao meu processo de desenvolvimento de competências profissionais diferenciadas, baseei-me no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem apresentado por Benner. A autora estabeleceu cinco níveis/estádios sucessivos de competência clínica: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). Deste modo, propus-me atingir, durante o decorrer do estágio e com a concretização do projeto associado, o nível de competente e proficiente no cuidado à pessoa com doença oncológica e perita no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea (TMO) e à sua família.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o Enfermeiro Especialista apresenta

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.8648).

Tendo por base a orientação suportada nas competências preconizadas pela OE, projetei adquirir competências específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tais como intervir como perita:

- Na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade;

- Na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais;
- Na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença crónica, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento e promovendo o seu bem-estar, o seu conforto e qualidade de vida;
- Estabelecer relação terapêutica com a pessoa com doença crónica e seus cuidadores e familiares, de modo a promover a adaptação às diferentes fases da sua doença.

Seguindo esta linha de pensamento, e com base nas orientações da European Oncology Nursing Society (EONS), estabeleci como objetivo atingir competências específicas na área da EO, de modo a prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença oncológica e à sua família. Deste modo pretendi completar a minha aquisição de competências, tendo como objetivo:

- Aplicar uma comunicação assertiva, empática e eficaz com a pessoa com doença oncológica e sua família, ao longo de todo o percurso da sua doença.
- Reconhecer e interpretar os sinais e sintomas da alteração do estado de saúde/doença, através de uma avaliação física, social, cultural, psicológica e espiritual, que afetam a pessoa portadora de doença oncológica e a sua família.
- Prestar intervenções especializadas, abrangentes e holísticas à pessoa com doença oncológica e à sua família, tendo em conta as condições físicas, sociais, fatores culturais, psicológicos, espirituais e ambientais da doença oncológica.
- Avaliar as necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica e da sua família, e intervir em conformidade, com base na evidência científica e com recurso a uma prática reflexiva, sustentada por um referencial teórico em Enfermagem (European Oncology Nursing Society, 2005; Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2011).

Durante este percurso da minha formação pessoal e profissional propus desenvolver a área do Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa Submetida a TMO e à sua família. Com a finalidade de desenvolver competências especializadas na área da EO, nomeadamente competências especializadas de enfermagem à pessoa com

doença hemato-oncológica submetida a TMO, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, através da implementação do projeto de estágio.

O estudo desta temática teve origem numa motivação pessoal a partir da observação e reflexão da prática clínica, onde percebi que existia uma falta de preparação e ineficaz acompanhamento das pessoas nesta fase importante do seu processo terapêutico, como é o TMO. Constatei, simultaneamente com os meus pares, que as pessoas e a sua família chegavam à nossa Unidade com bastantes dúvidas, aparentemente com estados de ansiedade e mal preparadas para esta nova etapa. Torna-se assim uma área sensível para a Enfermagem, revelando-se pertinente que os enfermeiros a estudem e nela invistam, de modo a melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

O acompanhamento de enfermagem, segundo Kotzé (1998), acontece sempre numa relação de dependência/independência entre indivíduos, na qual existe uma procura de ajuda por aquele que está dependente e vontade de disponibilizar ajuda e suporte por parte de quem apresenta conhecimentos para o ajudar. O cuidado e as intervenções de enfermagem são denominadas por Kolcaba & Kolcaba (1991) como medidas de conforto com o objetivo de promover um estado de alívio físico e mental. Ao confortarmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, pretende-se que este alívio seja global, holístico e se exponencie ao colmatar as suas necessidades de conforto.

As pessoas submetidas a TMO vivenciam alguns problemas singulares ao enfrentar o transplante, decorrentes do próprio stress a que são submetidos, desde o diagnóstico da doença, passando pelas várias fases do tratamento e suas complicações (Contel, et al., 2000).

O TMO constitui, em muitas doenças hemato-oncológicas, o único ou último tratamento a oferecer aos doentes. É portanto uma etapa da trajetória da sua doença para a qual os enfermeiros devem adequar as suas intervenções, baseadas na evidência científica, de modo a acompanhar as pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a TMO e as suas famílias.

No intuito de suportar o meu projeto de intervenção num referencial teórico de Enfermagem, recorri à Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Na minha

perspetiva, a visão de Kolcaba aplica-se plenamente quando se pretende cuidar da pessoa com doença hemato-oncológica e da sua família, pois o conforto, segundo Kolcaba (1994), é um resultado holístico em Enfermagem, transversal em vários contextos e em vários níveis, sendo que a pessoa com doença hemato-oncológica revela necessidades de conforto no contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, pelo que decidi que este seria o referencial teórico para a minha prática de cuidados.

Definido o quadro teórico e conceptual da temática a desenvolver ao longo do estágio, escolhi como locais de estágio duas Unidades na área da Transplantação Medular. Uma numa instituição de referência na área de oncologia na região de Lisboa, Local de Estágio I e o outro num centro hospitalar, também na região de Lisboa, onde exerço funções, identificado como Local de Estágio II. Elaborei um projeto orientador deste processo de desenvolvimento de competências profissionais especializadas, aplicado ao Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa Submetida a TMO e à sua família. O primeiro local de estágio foi um serviço na área da Transplantação Medular, onde me propus desenvolver atividades tanto na Unidade de Internamento como em ambulatório no Hospital de Dia. As atividades desenvolvidas foram no âmbito da prestação direta de cuidados à pessoa submetida a TMO e à sua família. Por ser um serviço de referência, perspetivei contactar com peritos e adquirir competências possíveis de mobilizar para o segundo local de estágio. O segundo local de estágio foi a Unidade de Transplantação Medular onde exerço funções desde Agosto de 2005 e onde identifiquei necessidades na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Definem-se assim como objetivos deste relatório de estágio:

1. Descrever o percurso efetuado e as circunstâncias ao longo dos dois estágios;
2. Apresentar a reflexão sobre as atividades implementadas e a forma como contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências especializadas, bem como para a melhoria dos cuidados prestados;
3. Realçar todas as estratégias utilizadas no processo de aprendizagem e na aquisição de competências;

4. Identificar as limitações do trabalho desenvolvido, bem como as estratégias para as minimizar;

5. Apresentar as questões éticas emergentes que surgiram no decorrer do estágio, perspetivando o desenvolvimento e continuidade do trabalho.

A estrutura deste documento inclui, além desta introdução, o enquadramento teórico, revelando a evidência científica pertinente sobre a área do TMO, do Acompanhamento de Enfermagem, dando relevo ao quadro conceptual de Enfermagem aplicado. Em seguida aborda-se a área do Acompanhamento de Enfermagem à pessoa durante o processo de TMO, onde se subdividem a preparação, a fase durante o TMO e o acompanhamento no pós-TMO, assim como aos seus familiares. Depois surge a implementação do projeto de intervenção fazendo referência ao diagnóstico da situação, o seu planeamento e execução. Em seguida abordam-se as implicações para a prática da implementação do projeto, assim como as questões éticas. Por último as considerações finais, onde se apresentam as conclusões deste processo de desenvolvimento profissional e pessoal e as limitações do trabalho. Termina com a bibliografia necessária à sua realização e por fim os anexos e apêndices, com os documentos elaborados ao longo do estágio e/ou que lhe serviram de suporte.

1. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Pais (2004) afirma que a doença oncológica incute na pessoa uma grande carga emocional, relacionada com o sofrimento, medo, angústia, dor e morte. É de salientar que esta carga emocional não afeta só a pessoa doente, mas também toda a sua família e amigos mais chegados, gerando stress e ansiedade. Justifica-se assim realizar um acompanhamento de enfermagem eficiente à pessoa com doença oncológica e à sua família com o objetivo de lhes diminuir a sua ansiedade e os seus medos, cuidando e promovendo o conforto.

Realizei uma prática reflexiva sobre o meu contexto de trabalho, uma Unidade de Transplantação de Medula Óssea, e sobre o Acompanhamento de Enfermagem que nele é realizado. Constatei que haviam intervenções possíveis e necessárias a desenvolver no acompanhamento à pessoa com doença hemato-oncológica e à sua família ao longo do processo de transplantação de medula óssea. Observei que estas necessidades surgem, desde a preparação, durante o internamento e no pós alta. Frequentemente, no meu contexto de trabalho, a pessoa e família só conhecem a unidade de transplantação no próprio dia do internamento e não existe uma preparação prévia de enfermagem para o mesmo, sobre o isolamento, como podem utilizar ao máximo o espaço físico disponível, visto que estarão isoladas no quarto. Se forem implementadas medidas de conforto no que se refere à preparação desta pessoa e da sua família, os níveis de ansiedade diminuem e a pessoa vê as suas necessidades de conforto colmatadas, tendo assim consciência do percurso que a espera. The Bone Marrow Foundation (2012) afirma que se a pessoa e a sua família compreenderem o processo que irão enfrentar, apresentarão melhores estratégias de *coping*, e, deste modo, a preparação permite à pessoa e família, antever as alterações psicológicas emocionais que este processo acarreta no futuro.

O serviço onde presto cuidados é extremamente exigente física e emocionalmente para os enfermeiros, tornando-se assim difícil manter uma filosofia de acompanhamento das pessoas e das suas famílias, assim como uma regularidade

das atividades. Deste modo constata-se a existência da necessidade de melhorar o acompanhamento de enfermagem na preparação, ao longo do internamento e na preparação para a alta.

Cuidar implica uma forma de nos ocuparmos de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que a pessoa realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos (Honoré, 2004). O acompanhamento de enfermagem surge como uma intervenção deliberada e dinâmica, desenvolvida pelo enfermeiro, que engloba todas as atividades promovidas, de forma planeada, para responder às necessidades da pessoa (Kotzé, 1998). Entendo o acompanhamento como sendo parte integrante do cuidar em enfermagem. Pressupõe o estabelecimento de uma relação baseada na confiança, honestidade e partilha. *“A experiência de acompanhamento é uma experiência enriquecedora, uma vez que nos torna mais humanos. Há um benefício mútuo no acompanhamento”* (Hennezel, 2002, p.21).

Deste modo, indo ao encontro de uma necessidade da prática de cuidados, importa melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. Para Keller (2000), o ensino e a preparação da pessoa e da sua família são fundamentais durante o processo de TMO.

Acredito que um acompanhamento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família, irá promover uma melhor adesão ao processo de TMO e às suas exigências, numa relação de parceria entre a pessoa/família e os cuidados de enfermagem, colmatando as suas necessidades, promovendo o conforto.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A doença hemato-oncológica passou a ser considerada uma doença crónica, em que surgem remissões e recaídas, traduzindo-se em maiores taxas de sobrevivência das pessoas com doença hemato-oncológica (Sá, 2010). Para desenvolvermos um acompanhamento de enfermagem adequado às necessidades de conforto da pessoa e família, estes aspetos têm de ser considerados, adequando as intervenções de enfermagem de modo a promover um aumento da sua qualidade de vida, em todo o percurso do tratamento da sua doença.

O TMO surge no percurso do tratamento da doença hemato-oncológica, e dada a sua especificidade e importância, os enfermeiros devem melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Seguindo o projeto de intervenção que incide na problemática do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, interessa sustentar e analisar os conceitos envolvidos, no sentido de compreender melhor o seu impacto.

2.1. Transplante de Medula Óssea

O TMO constitui, em muitas doenças hemato-oncológicas, o único ou último tratamento a oferecer às pessoas doentes (Keller, 2000). É portanto uma etapa da trajetória da sua doença para a qual os enfermeiros devem adequar as suas intervenções, baseadas na evidência científica, de modo a acompanhar as pessoas com doença hemato-oncológica submetida a TMO e a sua família.

Importa conhecer que o transplante consiste no procedimento através do qual é infundida Medula Óssea (MO) ou infundidas PBSC (peripheral blood stem cells – células sanguíneas pluripotentes periféricas) existentes na MO, com a finalidade de restabelecer a hematopoiese (Hoffbrand, Pettit e Moss, 2004). Refiro-me, ao longo do relatório de estágio mais frequentemente a Transplante de Medula Óssea e não a transplante de PBSC, por ser o seu nome mais genérico e usual, embora hoje em

dia se realizem mais transplantes de PBSC do que MO. Segundo o relatório estatístico de 2010 da Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (2012), no ano de 2010, realizaram-se em Portugal 20 transplantes de MO e 113 transplantes de PBSC.

O transplante pode ser autólogo, quando o dador é o próprio recetor, ou alogénico (familiar ou não relacionado) quando o recetor é outro que não o próprio. No transplante autólogo, são administradas elevadas doses de QT, permitindo que ao receber as suas PBSC previamente colhidas evitem que a pessoa fique sujeita a um período de aplasia prolongado e profundo. Assim, a infusão de células PBSC permite resgatar a pessoa do efeito mieloblático da QT (Hoffbrand, Pettit e Moss, 2004). No transplante alogénico, de PBSC ou MO, há a capacidade de substituir com MO saudável a pré-existente com doença hemato-oncológica que é eliminada por QT intensiva mieloablativa, e assim restaurar o funcionamento do sistema hematopoiético e imunológico após a QT (Hoffbrand, Pettit e Moss, 2004).

O TMO é uma oportunidade de cura ou de aumento da sobrevida livre de doença de inúmeras doenças oncológicas, sendo considerado um processo médico complexo associado a grande morbilidade e mortalidade e com consequências na qualidade de vida dos doentes (Mourão e Ribeiro, 2008).

Segundo Contel, et al (2000), as pessoas submetidas a TMO atravessam várias alterações psicológicas e psiquiátricas, tais como ansiedade, depressão, irritabilidade, desorientação, perda do controlo, perda da motivação e medo de morrer. Neste processo as pessoas também sofrem dor, o desfiguramento, a perda das funções sexuais, a dependência, o isolamento, a separação e a morte (Contel, et al., 2000). Além disso, estas pessoas enfrentam a quimioterapia, a radioterapia, os seus efeitos colaterais, idas frequentes ao hospital, grandes despesas económicas que estão associados ao sofrimento no seio da família (Contel, et al., 2000).

A preparação da pessoa e família antes do internamento surge como fundamental e promove a capacitação da pessoa e da sua família para todo o processo de TMO (The Bone Marrow Foundation, 2012). Os mesmos autores referem ser importante abordar informação sobre as questões físicas mas também as questões emocionais

e desafios interpessoais para promover um acompanhamento eficaz à pessoa e à sua família (The Bone Marrow Foundation, 2012).

2.2. Acompanhamento de Enfermagem

O acompanhamento de enfermagem é um processo sistemático que tem como objetivo tornar a pessoa capaz de superar as suas necessidades de ajuda e suporte, aceitando a sua responsabilidade na recuperação da independência (Kotzé, 1998).

Para Beaulieu, citado por Martins (2010), acompanhar é juntar-se a alguém e fazer parte do seu caminho, adaptando-se ao seu ritmo, partilhando os momentos da sua vida e aceitando assumir um papel secundário. Assim, para Beaulieu, a pessoa deve estar no centro das decisões sobre si e o enfermeiro facilitador dessas mesmas decisões (Martins, 2010).

De acordo com Kotzé (1998), o acompanhamento de enfermagem ocorre sempre numa relação de dependência/independência entre indivíduos, na qual existe uma procura de ajuda por aquele que está dependente e vontade de disponibilizar ajuda e suporte por parte de quem apresenta conhecimentos para o ajudar. Segundo a mesma autora, o acompanhamento de enfermagem surge como uma intervenção deliberada e dinâmica, desenvolvida pelo enfermeiro, que engloba todas as atividades promovidas, de forma planeada, para responder às necessidades da pessoa (Kotzé, 1998).

Para acompanharmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, importa ter como suporte uma teoria de enfermagem, através da qual aplicaremos o seu referencial teórico na prática de cuidados de enfermagem. Identifico-me com a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba pois considero, tal como a autora, que o conforto é definido como a satisfação das necessidades básicas do ser humano, sendo este o propósito final da Enfermagem (Kolcaba, 1994). Para Kolcaba (2003), o conforto é considerado como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo esta necessária para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; o segundo estado, tranquilidade, é um estado de calma ou de satisfação e é necessário para um desempenho eficiente; o terceiro estado,

transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas (Kolcaba 1991, 2003, 2009).

Segundo Kolcaba (1991, 2003, 2009), estes três estados de conforto desenvolvem-se nos seguintes quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto psicoespiritual refere-se à consciência de si, incluindo a autoestima e o autoconceito, sexualidade e sentido da vida; o contexto sociocultural prende-se com as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto ambiental envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio envolvente (Kolcaba, 2003).

A teoria de Kolcaba assenta nos pressupostos de que os seres humanos se empenham ativamente por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto e, quando o conforto é alcançado, os doentes sentem-se fortalecidos (Kolcaba, 2003). Quando pretendemos realizar um acompanhamento de enfermagem, estes pressupostos devem ser considerados, na medida em que a pessoa/família devem ser incluídas nas intervenções de promoção do conforto e nas medidas confortadoras através de um ensino adequado e acompanhamento de enfermagem eficaz para que se empenhem em satisfazer as suas necessidades de conforto.

Para Kolcaba (2009), os enfermeiros devem ter em linha de conta que na promoção do conforto da pessoa há fatores positivos e negativos sobre os quais os profissionais de saúde têm pouco controlo, mas que afetam a direção do sucesso da promoção do conforto. Estes fatores podem ser a presença ou ausência de suporte social, falta de recursos económicos, prognóstico positivo ou negativo, condições psicológicas, hábitos de saúde, entre outros (Kolcaba, 2009). Este aspeto da sua teoria é de extrema importância no sentido de promovermos um conforto holístico, tendo em consideração as variáveis que afetam diretamente a pessoa/família.

Para Kolcaba, citada por Apóstolo (2010), as necessidades de conforto devem ser identificadas e as intervenções de enfermagem têm como objetivo deslocar as tensões para o sentido positivo, através de estratégias e forças facilitadoras. Um aumento do conforto indica que as tensões negativas diminuíram, conduzindo a uma mudança de atitude através das intervenções de enfermagem e uma consequente

adaptação da pessoa/família à fase da sua doença. Assim, segundo Kolcaba (2003), as pessoas com doença hemato-oncológica sofrem estas tensões negativas e necessitam de as mobilizar no sentido positivo e empreendedor com vista à promoção da sua saúde.

A visão holística que Kolcaba tem sobre a Enfermagem e sobre o Conforto, permite potenciar as pessoas a envolverem-se no seu projeto de saúde, e torna-se o conceito base nas minhas intervenções para promover o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

2.3. Acompanhamento de Enfermagem no processo de TMO

De acordo com The Bone Marrow Foundation (2012), o acompanhamento à pessoa submetida a TMO e à sua família, deve incluir cinco dimensões, tais como: informação básica acerca do TMO; preparação e planeamento pré-transplante; considerações sobre o internamento e o condicionamento; o pós-TMO e por fim a preparação para a alta e o pós-alta.

Schulmeister e Mayer (2005), desenvolveram um estudo no sentido de avaliar a satisfação dos doentes hemato-oncológicos submetidos a quimioterapia em contexto de TMO e afirmam que as pessoas dão relevância a aspetos como as características do prestador de cuidados, as características das instalações onde realizam os tratamentos e os aspetos relacionados com o tratamento do TMO em si. No que se refere ao prestador de cuidados, as pessoas dão ênfase a aspetos como a atitude solidária, habilidades interpessoais, competência clínica, a atenção, o olhar os doentes como pessoas e a promoção de cuidados holísticos. Relativamente às características da instalação do tratamento, as pessoas dão importância a um ambiente seguro, convidativo e bem equipado para promover o conforto (Schulmeister e Mayer, 2005). Estes dados são de extrema relevância para promover reflexão sobre a nossa prática, adequar os cuidados às necessidades de conforto da pessoa e família e possibilitar uma melhoria no acompanhamento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família.

Cuidar das pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a TMO requer, segundo Keller (2000), ações de enfermagem compreensivas e consistentes, que devem ir ao encontro das necessidades das pessoas e do que estas valorizam. O ensino à pessoa/família é a chave para proporcionar uma assistência e acompanhamento eficaz às pessoas e familiares durante o TMO (Keller, 2000).

De acordo com Benner (2001), as práticas bem relatadas e observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria. Assim sendo, pretendo neste relatório de estágio, revelar a evidência científica encontrada, através de uma revisão sistemática da literatura (RSL), partindo da questão de investigação PI[C]O: *“Quais as intervenções de enfermagem (I) que promovem o acompanhamento de enfermagem (O) à pessoa submetida a TMO e a sua família (P)?”*. Deste modo pretende-se fundamentar a importância do acompanhamento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família. A metodologia da RSL encontra-se no Apêndice I deste relatório. Os achados foram importantes e fulcrais para melhorar o acompanhamento de enfermagem, nas diversas etapas do TMO, à pessoa submetida a TMO e à sua família, promovendo a qualidade dos cuidados de enfermagem e o conforto da pessoa/família.

2.3.1. Acompanhamento de Enfermagem na Preparação para o TMO

O estudo de Schulmeister e Mayer (2005), pois refere que as pessoas submetidas a Transplante de Medula Óssea Autólogo (Auto-TMO) submetidos a QT de alta dose sofrem imediata diminuição da qualidade de vida. Com um aumento na qualidade de vida e uma promoção da satisfação com o atendimento, as pessoas submetidas a Auto-TMO apresentam melhor evolução clínica. Deste modo, torna-se importante investir na área da comunicação, dos ensinamentos e preparação através de cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a TMO e assim promover um aumento da sua qualidade de vida (Schulmeister e Mayer, 2005).

Garbin, Silveira, Braga e Carvalho (2011), referem a importância do recurso às medidas protetoras na prestação de cuidados no TMO, referindo ser necessária a utilização de filtro de ar de elevada eficiência na separação de partículas ou HEPA (High Efficiency Particulate Air) nos quartos de isolamento. Aborda a importância dos

enfermeiros seguirem as normas preconizadas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) no que concerne ao equipamento de proteção individual, adequado às suas realidades, com o objetivo de diminuir o risco de infecção (Garbin, Silveira, Braga e Carvalho, 2011). Brown (2010), revela intervenções importantes na prevenção de infecções, no cuidado à pessoa submetida a transplante de PBSC, dando ênfase a intervenções de enfermagem na preparação para o TMO, tais como os cuidados com o cateter venoso central (CVC), os cuidados de enfermagem relativos aos regimes de condicionamento com QT e consequente aplasia, assim como os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a isolamento protetor.

2.3.2. Acompanhamento de Enfermagem durante o TMO

Curcioli e Carvalho (2010) dão ênfase às reações adversas que podem ocorrer durante o momento da infusão de MO e de PBSC, descrevem-nas de modo a que o enfermeiro tenha conhecimentos científicos para tomar decisões na prática em casos de reação adversa. Torna-se de extrema importância a monitorização por parte da enfermagem para todo o processo de infusão do TMO, no sentido do despiste rápido de sintomas e reações adversas (Curcioli e Carvalho, 2010).

Relativamente ao padrão do sono das pessoas submetidas a TMO, Boonstra et al (2011), referem que as pessoas submetidas a Transplante de PBSC, com alteração do seu padrão do sono, apresentam frequentemente dor, insónia crónica, dificuldade respiratória, obesidade, stress e ansiedade. Como implicações para a Enfermagem, é de extrema importância reduzir as interrupções do sono, alterando rotinas se necessário, promovendo assim um aumento da qualidade de vida da pessoa submetida a TMO (Boonstra, et al., 2011).

2.3.3. Acompanhamento de Enfermagem após o TMO

Para Hacker, et al (2006), as pessoas sujeitas a QT de alta dose e TMO, apresentam aumento da fadiga, uma diminuição dos níveis de atividade física e consequente diminuição da qualidade de vida. Os enfermeiros devem promover

cuidados e ensinamentos para incentivar a pessoa a um aumento progressivo da sua atividade física, de modo a combater a fadiga imediatamente após o TMO. (Hacker, et al., 2006) A promoção de intervenções de enfermagem na área da reabilitação e treino da força muscular com exercícios aeróbios e anaeróbios, favorece um aumento da recuperação da pessoa após o TMO (Hacker, Larson, e Peace, 2011).

Lyons et al (2011) realizaram um estudo sobre a avaliação da condição física das pessoas submetidas a transplante de PBSC e identificaram que devem ser desenvolvidas intervenções de enfermagem na promoção da satisfação das pessoas e um aumento no envolvimento das suas atividades diárias de modo a potenciar a reabilitação e a recuperação pós transplante (Lyons, et al., 2011).

De acordo com Grant, Cooke, Bhatia e Forman (2005), as pessoas submetidas a TMO apresentam altas hospitalares cada vez mais precoces, revelando um aumento da sua morbilidade, o que potencia problemas físicos e psicossociais após a alta. Cabe à enfermagem reforçar e melhorar os ensinamentos à pessoa na preparação para a alta e realizar um acompanhamento após o TMO, de modo a evitar o surgimento destes problemas no pós-alta (Grant, Cooke, Bhatia e Forman, 2005).

Brown (2010) revela as intervenções importantes na prevenção de infeções, no cuidado à pessoa submetida a transplante PBSC, dando ênfase às intervenções de no pós transplante, como os cuidados de enfermagem na pessoa com neutropénia febril, cuidados com a alimentação e higiene oral, entre outras (Brown, 2010).

2.3.4. Acompanhamento de Enfermagem aos familiares

Os achados relativamente à família da pessoa submetida a TMO inicialmente foram escassos, apesar de ser uma área importante e pertinente para a Enfermagem, sendo necessário continuar a investir e investigar dados acerca da família. Deste modo foi realizado paralelismo com a família da pessoa com doença oncológica e desenvolvida uma RSL à parte, cuja metodologia se encontra no Apêndice I.

Becze (2008) afirma que as pessoas com doença oncológica necessitam do apoio dos seus familiares e/ou cuidadores, em que os enfermeiros apresentam um papel fundamental no cuidado aos familiares e cuidadores no alívio da sobrecarga.

Um estudo desenvolvido por Honea, et al (2008), descreve intervenções de alívio da tensão e sobrecarga das famílias/cuidadores tais como: intervenções psico-educacionais, intervenções de apoio, psicoterapia, intervenções cognitivo-comportamentais, massagem e alívio na prestação de cuidados.

A literatura dá ênfase ao fato de que os familiares/cuidadores frequentemente recorrem aos enfermeiros para obter informação, *feedback* sobre como podem melhor cuidar e apoiar os seus entes queridos. Gaguski (2008), reforça que os enfermeiros devem prosseguir os seus esforços para explorar e testar intervenções destinadas a reduzir a tensão ou sobrecarga nos familiares/cuidadores, para melhorar o acompanhamento de enfermagem à família.

Segundo Mattila, Leino, Paavilainen e Åstedt-Kurki (2009), as intervenções de apoio à família e aos cuidadores incluem vários elementos de aconselhamento, ensino e educação, estimulação da participação ativa e aprendizagem, para que as famílias e os cuidadores, possam criar estratégias individuais de ação para as diferentes situações. Estes autores referem que a literatura não revela intervenções projetadas tendo em conta os custos económicos dos cuidados de saúde (Mattila, Leino, Paavilainen e Åstedt-Kurki, 2009).

No sentido de melhorar o cuidado à família e aos cuidadores, os enfermeiros devem investir na melhoria da compreensão dos fatores de stress e das necessidades não satisfeitas associadas ao cuidar, sendo fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes centradas na família, envolvendo-a na tomada de decisão sobre o seu ente querido (Northfield e Nebauer, 2010).

3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO “ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM À PESSOA SUBMETIDA A TMO E À SUA FAMÍLIA”

No sentido de fomentar a minha aquisição de competências de enfermeira especialista em EO, apliquei o projeto de intervenção na prática de cuidados, mais especificamente na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família. Procurei desenvolver uma aprendizagem pessoal e profissional, intervindo através de cuidados de enfermagem especializados, passando de competente a proficiente ou perito segundo a visão de Benner (2001).

3.1. Diagnóstico das necessidades da prática de cuidados

Desenvolvi uma prática reflexiva acerca do meu contexto de trabalho, sobre a minha prática de cuidados e a dos meus colegas, e constatei que haviam muitas intervenções possíveis e necessárias a desenvolver no acompanhamento à pessoa com doença hemato-oncológica e à sua família ao longo do processo de TMO. A unidade onde trabalho, acolhe um número considerável de pessoas para realizar o seu TMO, dados incluídos no Anexo I, pelo que importa implementar este projeto indo ao encontro da melhoria do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Observei que as necessidades surgem em todo o percurso de TMO, desde a preparação, passando pelo internamento e até à alta, pelo que fazia sentido que o projeto de intervenção focasse um acompanhamento ao longo de todo o processo e não só na preparação para o TMO, apesar de ser uma área carente de intervenção.

Há uma preocupação da equipa de enfermagem em acompanhar a pessoa submetida a TMO e à sua família, considera-a uma área importante a investir, mas as ações de enfermagem não são definidas e estruturadas, nem programadas, de

forma a poderem realizar um acompanhamento de enfermagem adequado à pessoa e à sua família durante o processo de TMO.

3.2 - Planeamento e Execução do Projeto de Intervenção “Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família”

Após evidenciar a importância da temática abordada e a necessidade da prática de cuidados, realço o desenvolvimento do projeto de intervenção como um documento facilitador e orientador, sendo fundamental para planear a ação e para promover o acompanhamento de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família, do pré-TMO até à alta.

Realizei trabalho de campo no local de Estágio I, de modo a perspetivar com maior segurança e angariar conhecimentos de forma a fundamentar o meu projeto, o que foi determinante na escolha dos locais de estágio. Considero os estágios necessários à consolidação de conhecimentos fundamentados, posterior intervenção na prática de cuidados e treino de novas competências.

Com o projeto de intervenção foram delineados objetivos específicos que servem de linha condutora para a metodologia de trabalho aplicada. Refletem algumas das competências preconizadas pela EONS e pela OE no que se refere às competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem e também nas competências da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área específica da Enfermagem Oncológica (OE, 2011; CEEMC, 2011; EONS, 2005).

De um modo geral, os objetivos propostos foram concretizados, apesar do planeamento nem sempre corresponder à realidade nos locais de estágio, requerendo adaptação e flexibilidade. Os estágios foram bastante enriquecedores para atingir as competências e objetivos programados sendo uma mais valia para a implementação do projeto de intervenção. Deste modo, passo em seguida a evidenciar para cada objetivo proposto as atividades desenvolvidas que estiveram na base da sua concretização.

1. Conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço.

Este objetivo apenas foi programado para o local de Estágio I, uma vez que o outro local é o serviço onde desempenho funções. Para conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço é essencial conhecer a instituição do qual faz parte, pois só assim é possível compreender a forma objetiva e dinâmica do serviço e de todos os recursos que o apoiam. A Instituição onde realizei o Estágio I é um centro oncológico multidisciplinar de referência na área de prestação de serviços de saúde no domínio da oncologia, com atividade nas áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade de cuidados, assegurando a cada pessoa doente cuidados que correspondam às suas necessidades, aplicando as melhores práticas clínicas e uma eficiente utilização dos recursos disponíveis, conforme o seu lema: *“o doente em primeiro lugar”*. A missão desta Instituição prolonga-se através da articulação com as demais instituições e serviços do Serviço Nacional de Saúde, tendo em consideração o Plano Oncológico Nacional e a Rede de Referência Hospitalar.

No primeiro turno efetuado, fui recebida pela Enfermeira Coordenadora, que demonstrou disponibilidade para mostrar as instalações do serviço para conhecimento da sua estrutura física, equipamentos e materiais existentes. Também consultei os protocolos, normas e manuais em uso. No segundo turno, sob a orientação da minha Enfermeira Orientadora, foi possível realizar uma reunião informal com vista a adquirir conhecimento da organização e funcionamento do serviço, recursos humanos e materiais disponíveis, projetos e atividades em que o serviço estava envolvido, assim comecei a tomar consciência que o estágio nesta Unidade iria ser muito rico em momentos de aprendizagem. Realço a importância dos protocolos e normas existentes no serviço, como o protocolo de admissão à pessoa/família, as normas de isolamento protetor e a forma criteriosa como a equipa multidisciplinar os aplica na sua prática. Nessa primeira reunião tutorial tive a preocupação de dar a conhecer o projeto de estágio, expondo as motivações que me levaram a escolher a temática do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Pelas reuniões com a Enfermeira Orientadora e pela dinâmica do serviço, constatei que desenvolvem muitas intervenções importantes no acompanhamento de

enfermagem à pessoa submetida a TMO, indo ao encontro da evidência científica encontrada. Há uma preocupação na preparação para o TMO, sobre o internamento, isolamento e na importância de manter o quarto num ambiente estéril. Estes aspetos fizeram-me refletir sobre a prática do meu serviço e projetar aspetos a melhorar, assim como subsídios a levar para o serviço onde trabalho. No que diz respeito à disposição dos diferentes elementos no ambiente, sobressaíram determinados aspetos que concluí poderem ser úteis para o meu local de trabalho, como por exemplo cuidados importantes na prevenção de infeções associados ao CVC, as medidas de isolamento, tais como a forma de manter a porta fechada para manter os níveis de pressão nos quartos.

A integração nesta Unidade foi facilitada pela disponibilidade demonstrada por toda a equipa multidisciplinar, em especial da minha Enfermeira Orientadora, que me acompanhou neste processo de aquisição de competências, sendo um exemplo no rigor científico da sua atuação, uma inspiração para a excelência do cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica e à sua família.

Concluo que atingi este objetivo pois as atividades desenvolvidas permitiram-me identificar a organização e o funcionamento do serviço, identificar a dinâmica da articulação entre os elementos da Equipa Multidisciplinar e ser capaz de identificar as normas e protocolos existentes no serviço.

2 – Identificar as necessidades de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e da sua família, nas diferentes etapas da sua doença.

Sendo a principal preocupação promover um acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, é de extrema importância que a avaliação vá ao encontro do referencial teórico que rege a minha prática de cuidados. Tornou-se assim necessário proceder a uma avaliação das necessidades de conforto da pessoa/família, como área de intervenção dos cuidados. Sob o suporte do quadro conceptual de Kolcaba (2003), houve a preocupação de promover o conforto holístico das pessoas e das suas famílias, tendo consciência de que o conforto pode ser experienciado nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental,

identificando as necessidades de conforto e aplicando a evidência científica atual encontrada para as colmatar. Foram identificadas necessidades de conforto relativas à falta de preparação das pessoas para o internamento na Unidade de Transplantação do Estágio I, sendo a consulta de enfermagem realizada no Hospital de Dia o momento privilegiado para as identificar. Na consulta pré-TMO as pessoas apresentavam dúvidas face ao internamento, ao isolamento e às normas a cumprir na Unidade. Durante o internamento estas necessidades de conforto relativas à falta de informação não foram tão evidentes, o que demonstra que houve uma preparação eficaz para o internamento realizada pelos enfermeiros na consulta de enfermagem. Há uma continuidade de cuidados, existindo uma folha de transferência entre o Hospital de Dia e internamento, que permite à equipa de enfermagem do internamento compreender quais as necessidades de conforto identificadas previamente. Quanto à preparação para a alta, a pessoa/família apresentavam necessidades de conforto no que diz respeito ao seu retorno a casa, bem como ansiedade e receio por saírem fora de um ambiente tão protegido como o da Unidade. Foram identificadas necessidades relativas à falta de informação, nomeadamente sobre a alimentação no domicílio, adesão à terapêutica, prevenção de infeções e seguimento no Hospital de Dia.

Com a identificação destas necessidades de conforto, foi possível constatar e analisar os sentimentos que a pessoa e a sua família experienciam, dados obtidos através de conversas informais com os mesmos. Revelam ansiedade face ao desconhecido, medo do transplante não resultar, receio de sair da Unidade, revolta por estar isolado, alegria pela oportunidade de poder ser transplantado, saudades dos familiares. Estas informações constituíram dados enriquecedores e importantes, sendo uma mais valia para conhecer e constatar como esta etapa do seu percurso de doença é um momento em que há presença de sentimentos e emoções avassaladoras. É fundamental que o enfermeiro as identifique e desenvolva intervenções de modo a colmatar as necessidades de conforto no apoio emocional à pessoa e família, através de estratégias de comunicação e do estabelecimento de uma relação de ajuda. Foi uma preocupação estabelecer uma relação de confiança que permitisse à pessoa exprimir estes sentimentos, através da escuta ativa, com uma atitude não verbal congruente com as palavras, com linguagem verbal e não verbal assertiva e adequada aos sentimentos da pessoa. Para Phaneuf (2005),

quando o enfermeiro interage com a pessoa, deve exprimir-se de modo a que seja compreendido e assim fazer a pessoa aceitar o que se quer transmitir. Foi transmitida a avaliação das necessidades de conforto realizada, tanto nos registos de enfermagem como na transmissão da informação oral, aos restantes elementos da equipa de enfermagem de modo a perpetuar a continuidade dos cuidados.

A elaboração dos dois estudos de caso, apresentados nos Apêndices II e VI, relativamente ao acompanhamento de enfermagem realizado a uma pessoa submetida a TMO e à sua família a quem prestei cuidados, foi uma atividade que contribuiu para a articulação entre a teoria e a prática. Segundo Fortin (2009), o estudo de caso consiste num exame pormenorizado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social; pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou organização.

Nos estudos de caso realizados foi utilizado o quadro conceptual de Kolcaba (2003) de modo a examinar de forma detalhada a pessoa submetida a TMO e a família. Foram descritas as necessidades de conforto que a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família apresentam nos quatro contextos definidos por Kolcaba (2003), realçando como exemplo as intervenções desenvolvidas na área da prevenção e tratamento da mucosite oral e do combate à fadiga após TMO. Na mucosite oral, intervi baseando a minha atuação nas guidelines da EONS e do EBMT, tendo em vista promover o alívio físico causado pelo desconforto da odinofagia. No que concerne à intervenção na fadiga após TMO, desenvolvi estratégias junto com a pessoa e a sua família, tais como o incentivo ao aumento da atividade física e a realizar atividades preferencialmente do seu agrado. Segundo Hacker et al (2006), problemas como a fadiga e a diminuição da atividade física podem resultar em consequências a longo prazo a nível funcional, podendo eventualmente afetar a capacidade das pessoas para manter ou voltar a desenvolver papéis produtivos na sociedade. Deste modo, a intervenção teve como objetivo, segundo Kolcaba (2003), que a pessoa atingisse uma tranquilidade física e simultaneamente uma tranquilidade psicoespiritual, colmatando as suas necessidades de conforto. Deste modo, foram realizados ensinamentos de enfermagem à pessoa/família na fase de preparação, durante o internamento e na preparação para

a alta, face às necessidades de conforto identificadas relativas à falta de informação da pessoa e da sua família, ao longo de todas as fases do TMO.

O objetivo foi atingido visto que foram realizadas as atividades descritas como programado, contribuindo para uma melhor avaliação das necessidades de conforto da pessoa submetida a TMO e à sua família. Para Benner (2001), o bom julgamento clínico requer que o enfermeiro tenha uma visão centrada no doente enquanto pessoa, mas simultaneamente enquanto uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades.

3 – Promover intervenções junto da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e da família, desde o pré-TMO até à alta.

Após a identificação das necessidades de conforto da pessoa e família, importa desenvolver intervenções que vão ao encontro das necessidades identificadas, para promover o conforto da pessoa e melhorar o acompanhamento de enfermagem. Tendo como suporte a visão de Kolcaba (2003), sobre a pessoa com necessidades de conforto, foram desenvolvidas intervenções indo ao encontro das necessidades de conforto da pessoa/família, como evidenciado nos estudos de caso incluídos nos Apêndices II e VI deste relatório, desde a preparação para o TMO até à alta. Além da identificação das necessidades de conforto, foram desenvolvidas intervenções realizadas nos quatro contextos onde este é experienciado, promovendo alívio e tranquilidade, tais como por exemplo: na área da prevenção e tratamento da mucosite, no apoio e envolvimento da família nos cuidados, nos ensinamentos de preparação para a alta à pessoa/família. A fundamentação dos cuidados prestados na promoção do conforto encontra-se evidenciada nos Apêndices II e VI. Foi difícil para as pessoas atingirem o estado de conforto de transcendência, visto que o TMO segundo Keller (2000), constitui uma etapa importante e delicada da trajetória da doença, e na visão de Kolcaba (2003), o nível de transcendência é atingido quando a pessoa sente que pode tomar decisões por si e ser capaz de controlar a sua vida. A aplicação da Estrutura Taxonómica do Conforto desenvolvida por Kolcaba (2003), revelou ser de grande utilidade para esquematizar as necessidades de conforto identificadas e desta forma desenvolver intervenções específicas em cada desconforto, apesar de se pretender um conforto holístico. A fundamentação dos

cuidados prestados e a discussão posterior dos estudos de caso com as Enfermeiras e Professora Orientadoras, contribuiu para desenvolver competências no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

No local do Estágio I foram realizadas duas consultas de enfermagem em contexto de Hospital de Dia, desenvolvendo ensinamentos face às dúvidas sobre as etapas do condicionamento, dos efeitos da QT, do dia zero (dia do transplante) e sobre as complicações que poderiam surgir no período de aplasia, demonstrando disponibilidade e validando a tranquilidade psicoespiritual. Para Kolcaba (2003), a pessoa, ao atingir o estado de tranquilidade, sente calma e contentamento, que lhe permite envolver-se no seu processo terapêutico. Assim, de acordo com The Bone Marrow Foundation (2012), a equipa multidisciplinar do TMO é a melhor fonte de informação sobre os possíveis efeitos colaterais do tratamento, e sobre a melhor forma de os gerir, tornando-se importante incluir a pessoa/família na tomada de decisão, através do incentivo à participação ativa nos cuidados, adequando-os à sua individualidade e preferências.

Foram realizadas intervenções de enfermagem no controlo sintomático, especificamente no alívio do desconforto da pessoa com mucosite oral, com anorexia, com náuseas e vómitos, agindo de acordo com as orientações da Unidade, promovendo o alívio físico. Para Kolcaba (2003), o conforto físico está relacionado com a manutenção dos mecanismos de homeostasia, podendo ou não estar relacionados com diagnósticos específicos. Segundo Brown (2010), os enfermeiros devem identificar os problemas das pessoas submetidas a TMO, incentivar a pessoa a realizar higiene oral, adequar a dieta à mucosite, à anorexia e às náuseas e vómitos.

Foi efetuada preparação para a alta, tendo por base o guia orientador em vigor na Unidade, indo ao encontro das necessidades acerca da preparação para esta. Os ensinamentos foram realizados conjuntamente com a pessoa e a sua família, de modo a poderem expressar dúvidas, sentimentos e receios sem qualquer constrangimento. Houve a preocupação de incluir a família nos cuidados prestados à pessoa, de ouvir as suas angústias, avaliar também as suas necessidades e assim realizar um acompanhamento de enfermagem adequado e dirigido. O TMO é um processo no qual a pessoa experiencia emoções e alterações psicológicas que afetam a pessoa

e toda a sua família, com impacto na saúde emocional, incluindo interrupções nas tarefas do quotidiano, alteração dos seus papéis familiares usuais, entre outras situações (The Bone Marrow Foundation, 2012).

As famílias revelaram estados de ansiedade durante o internamento, mas, à medida que se realizavam os ensinamentos e se esclareciam dúvidas, estas referiam que os seus receios se apaziguavam. Pelo que, foram desenvolvidas estratégias para colmatar as necessidades de conforto da família, tais como o convite à participação nos cuidados ao seu familiar e partilha de informação, clarificando e fundamentando os cuidados ou mesmo de dúvidas manifestadas, ponderando a necessidade da intervenção de outro elemento da equipa multidisciplinar, como o médico, assistente social e psicóloga, como identificado no Estudo de Caso I (Apêndice II).

O estágio em contexto de Hospital de Dia no Estágio I, permitiu o cuidar da pessoa submetida a TMO e a sua família após a alta, tendo a oportunidade de acompanhar as pessoas a quem prestei cuidados na Unidade de Internamento. Consegui mobilizar conhecimentos pré-existentes sobre as pessoas submetidas a TMO, transmiti-los à equipa de enfermagem do Hospital de Dia, através da comparação das necessidades de conforto identificadas no internamento e em contexto de ambulatório. Isto permitiu a continuidade dos cuidados e um reconhecimento destas pessoas acerca da importância do acompanhamento de enfermagem realizado desde o internamento e no pós-alta. De acordo com Grant, Cooke, Bhatia e Forman (2005), as pessoas submetidas a TMO têm altas hospitalares cada vez mais precoces. Deste modo, os autores referem que os enfermeiros devem unir esforços para melhorar a preparação para a alta, de modo a prevenir e detetar complicações precoces, diminuir reinternamentos e ajudar as pessoas a lidar com as alterações físicas, psicológicas e sociais após o TMO (Grant, Cooke, Bhatia e Forman, 2005).

A continuidade dos cuidados (do contexto de internamento para o Hospital de Dia), propiciou uma relação baseada na confiança e que facilitou o questionar aspetos do funcionamento do Hospital de Dia, sobre o acompanhamento em ambulatório e esclarecimento de dúvidas. Este acompanhamento de enfermagem foi bastante gratificante e enriquecedor no cuidado à pessoa nas várias fases do seu processo de TMO.

Foram realizadas cartas de alta para os respectivos hospitais de dia, sobre como decorreu o internamento, quais foram as intercorrências, realçando as necessidades de conforto identificadas da pessoa e da família e o acompanhamento de enfermagem realizado com o intuito de perpetuar a continuidade dos cuidados, tal como referenciado nos Apêndices II e VI.

No local do Estágio II, onde trabalho e onde o projeto de intervenção foi aplicado na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, foi desenvolvida uma Consulta de Enfermagem Pré-TMO, no sentido de promover intervenções especializadas na preparação para o transplante, indo ao encontro de uma necessidade identificada na prática de cuidados. Para a concretização desta atividade foi realizada uma reunião com a Enfermeira Chefe e Diretor Clínico, para expor o projeto e a necessidade identificada por mim e pelos meus pares. “A consulta de enfermagem mostra-se como um cuidado em essência, um modo de ser-com (...)” a pessoa (Andrade, 2012, p.29). Andrade (2012) refere ainda que a consulta de enfermagem constitui um importante meio para estabelecer uma relação com a pessoa. Ficou decidido dar seguimento ao projeto e nesta reunião abordou-se a viabilidade da consulta, os recursos humanos e materiais que poderiam ser utilizados. Elaborei um guião de consulta (incluído no Apêndice VIII), de modo a criar um documento facilitador e orientador para a consulta, que foi fornecido e discutido com os colegas do serviço, permitindo assim a todos os intervenientes darem as suas sugestões quer sobre o guião, quer sobre a organização da consulta, incluindo a participação de todos neste projeto. Foram partilhados os achados da RSL sobre o tema “Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família” (incluída no Apêndice IX), dando ênfase à consulta e ao guião da mesma. Esta sessão foi dirigida à equipa de enfermagem do local de Estágio II e após dar conhecimento à equipa, houve nova reunião com a equipa médica da transplantação, no sentido de promover a articulação entre equipa médica e de enfermagem, e assim ser possível programar as consultas, consoante as agendas das pessoas programadas para realizar TMO, enfermeiros e médicos. Em Fevereiro de 2013 começaram a realizar-se as primeiras consultas de enfermagem pré-TMO, tendo sido realizadas três até ao final do período de estágio, duas por mim e uma por outra enfermeira da equipa, para um total de seis doentes admitidos na Unidade nesse mês (no Anexo I constam os dados das admissões na

Unidade e o registo das consultas). A implementação da consulta de enfermagem ainda se encontrava nesta altura numa fase experimental não tendo sido abrangida a totalidade das pessoas admitidas na Unidade, por razões que se prenderam com a dificuldade de coordenação entre a equipa médica e de enfermagem. Este será um aspeto ainda a resolver e clarificar, tornando-se importante a sua resolução no futuro, de modo a que todas as pessoas possam ser abrangidas pela consulta de enfermagem pré-TMO.

Além da preparação para o TMO, como consta no estudo de caso II incluído no Apêndice VI, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem no pós-TMO, com vista a promover a tranquilidade psicoespiritual. Foi assim realizada a preparação para a alta da pessoa submetida a TMO e da sua família, fornecendo informação relativa às principais intercorrências que podem acontecer no domicílio e como as solucionar ou encaminhar aos achados da RSL (incluídos no Apêndice I). Como intervenção importante surge a realização de ensinios sobre a alta à pessoa e sua família, priorizando o conteúdo da informação e fornecendo recursos para as pessoas após a alta. Abordei os cuidados a ter na prevenção de infeções, os cuidados com a alimentação no domicílio, sexualidade, adesão à terapêutica de ambulatório e continuidade dos cuidados no Hospital de Dia.

O planeamento de estratégias de enfermagem para melhorar a preparação para a alta, contribui para prevenir e detetar complicações precoces, diminuindo as taxas de reinternamentos e, deste modo, ajudar as pessoas com questões físicas, psicológicas, sociais e espirituais que envolvem o TMO (Grant, Cooke, Bhatia, & Forman, 2005). Segundo Kolcaba (2003), ao atingir conforto através da tranquilidade psicoespiritual, a pessoa atinge um estado de calma, que lhe permite empenhar-se ativamente no seu processo de terapêutico onde se inclui a preparação para a alta.

No sentido de dar continuidade aos cuidados prestados, além da carta de alta de enfermagem, a informação foi transmitida para o Hospital de Dia, simultaneamente por contacto telefónico, de modo a informar a equipa de enfermagem acerca das primeiras idas ao Hospital de Dia das pessoas submetidas a TMO, após a alta da unidade. Os registos destes contactos estão incluídos no Anexo II. Outra atividade proposta para o acompanhamento de enfermagem no pós-alta foi realizar um contacto telefónico dirigido à pessoa/família após a alta, para validar os ensinios

realizados, esclarecer dúvidas que possam ter surgido e promover o conforto da pessoa/família. Esta atividade está inserida no Estudo de Caso II, no Apêndice VI. Sempre que se justifique importa encaminhar e/ou articular com a equipa de enfermagem do Hospital de Dia, com o intuito de dar a conhecer as necessidades de conforto da pessoa/família identificadas e melhorar o acompanhamento de enfermagem no pós alta. Apesar das cartas de transferência preconizadas no serviço, após conversas informais, os enfermeiros do Hospital de Dia referiram que o contacto telefónico permitia agendar de forma mais sistematizada o acolhimento da pessoa no Hospital de Dia e assim promover a continuidade dos cuidados através da partilha das necessidades de conforto identificadas no internamento. Segundo Grant, Cooke, Bhatia e Forman (2005), é reconhecido que a alta hospitalar constitui um momento de ansiedade e stress, tanto para a pessoa como para a família, pelo que os enfermeiros devem realizar ensinamentos de preparação para a alta em conjunto com as pessoas e suas famílias, realizando acompanhamento e preparação eficaz para a alta.

A implementação do projeto de intervenção e o desenvolvimento das atividades propostas, foram importantes passos na promoção de um melhor acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Segundo Benner (2001), as práticas do cuidar são baseadas no encontro e nas respostas a um outro concreto que é a pessoa doente. Foi neste sentido que ajustei a minha prestação de cuidados à pessoa submetida a TMO e à sua família, com um nível aprofundado de conhecimento e consciência crítica. Estas intervenções permitiram uma prestação de cuidados de enfermagem especializados e fundamentados, à pessoa submetida a TMO e à sua família. Neste processo, foram consideradas as opiniões e sugestões dos meus pares, tal como se inclui no Jornal de Aprendizagem II (Apêndice VII), assim como a individualidade das pessoas e das suas famílias, realçando a importância que o acompanhamento de enfermagem teve ao longo do processo de TMO, para atingir o conforto da pessoa submetida a TMO e a sua família.

4 – Envolver os cuidadores e/ou familiares nos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica na satisfação das suas necessidades de conforto.

A família e os cuidadores das pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a TMO foram sempre alvo de atenção e as suas opiniões foram tidas em linha de conta no acompanhamento de enfermagem realizado. Procurei adequar as intervenções tanto à pessoa como à sua família. A família sente-se útil e menos ansiosa ao partilhar momentos e cuidados com o enfermeiro e o seu familiar. A doença de um membro da família afeta inevitavelmente todos os membros da família (Mattila, Leino, Paavilainen e Åstedt-Kurki, 2009). As intervenções de enfermagem devem ser concebidas de forma a apoiar e melhorar o cuidado tanto das pessoas como das suas famílias.

Assim, foi fomentado o envolvimento da família nos cuidados, convidando-os a participarem de forma ativa, nomeadamente: na promoção da atividade física, no incentivo a estimular a alimentação e a participar nos cuidados de higiene e conforto. Quando o convite era realizado, as famílias sentiam-se inseguras, por ficarem incluídas em áreas nas quais não se sentiam ter preparação. Para tal foi proposta a participação em parceria com o enfermeiro, com recurso a ensinamentos e esclarecimento de dúvidas sobre quando estimular a atividade física, como realizar os cuidados de higiene e os cuidados com a prevenção de infeções. Pretendeu-se proporcionar um acompanhamento de enfermagem na participação de modo a ir ao encontro das necessidades de conforto da pessoa/família, como referenciado nos Apêndices II e VI. A participação ativa desta nos cuidados à pessoa promoveu o seu envolvimento no processo terapêutico e constatou-se que estes convites, nomeadamente na preparação para a alta, contribuíram para a promoção do conforto da família, segundo a partilha verbal dos mesmos. Kolcaba (2003) refere que o conforto é um resultado essencial em saúde e centrado na pessoa e sua família.

Este objetivo foi atingido uma vez que a família foi envolvida nos cuidados à pessoa submetida a TMO, promovendo a satisfação das suas necessidades de conforto. Os familiares precisam de apoio dos enfermeiros para completar as exigências associadas ao cuidar do seu ente querido, com impacto mínimo sobre a sua própria saúde e bem-estar (Northfield e Nebauer, 2010).

Segundo Benner (2001), aprender a encontrar os outros em vários estados de vulnerabilidade e de sofrimento requer uma abertura e uma aprendizagem experiencial ao longo do tempo, pelo que manter a vigilância e a sua deteção

precoce, pode revelar e alargar as competências de empenhamento e a eficácia clínica do enfermeiro.

5 – Intervir como perita nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa submetida a TMO em articulação com a Equipa Multidisciplinar

Através de reuniões com a Enfermeira Orientadora no Estágio I, foram identificados os recursos existentes que apoiam a pessoa submetida a TMO e a sua família, sendo esta informação uma mais valia, no sentido de proporcionar conforto através da sugestão à pessoa e família dos apoios existentes na instituição. Houve identificação de necessidade de apoio económico após alta, por existir grande distância da residência à Instituição I, comprometendo o seguimento em Hospital de Dia. A Assistente Social foi contactada e foi providenciado esse apoio antes da alta, incluindo alojamento e refeições. Foi sugerido às pessoas/famílias a articulação com a psicóloga, no sentido de encontrarem estratégias para lidar com o afastamento da família e a perda momentânea do seu papel social. Concordaram e foram sempre seguidos, pessoa e família, pela psicóloga, incluindo o pós a alta.

No local de Estágio II, foi fornecida informação acerca dos apoios existentes na instituição, para que a pessoa/família conheça os recursos a que pode recorrer. A articulação com o psicólogo é importante no acompanhamento à pessoa submetida a TMO e à sua família, pois este integra a equipa multidisciplinar o que permite atuar nos processos psicológicos e emocionais da pessoa humana. Frequentemente se solicita a sua visita à Unidade quando se identificam necessidades de conforto da pessoa no contexto psicoespiritual e sociocultural que excedem a capacidade de ajuda e de acompanhamento de enfermagem. Uma situação específica aconteceu durante o Estágio II, com a senhora C. R., onde se percebeu que o seu marido nunca entrava no quarto de isolamento, apesar dos ensinamentos sobre como o fazer sem risco para o seu ente querido, mas ele referia que tinha medo e não entrava. Ao falar deste assunto com a senhora C. R. compreendi que esta situação se arrasta de outros internamentos. Disse-me que o seu marido passou à pouco tempo pela morte do pai, mesmo na altura do diagnóstico de LMA (Leucemia Mieloblástica Aguda) da senhora C. R. e, segundo ela, o seu marido sofria muito ao vir ao hospital. Realizei contacto com o psicólogo, de modo a observar o seu marido e a

senhora C.R. durante o internamento. Receberam a visita do psicólogo que os observou individualmente e, posteriormente, em conjunto, referindo que a sua ajuda foi importante no seu processo terapêutico. De acordo com o Código Deontológico, no artigo 85º, alínea b) o enfermeiro assume o dever de *“partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no processo terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família (...)”* (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, 1998, p 1755).

Este objetivo foi atingido, pois as atividades propostas foram realizadas, desenvolvendo cuidados de enfermagem especializados em articulação com outros elementos da equipa multidisciplinar, colmatando as suas necessidades de conforto. Segundo Benner (2001), as enfermeiras peritas pensam sobre a evolução da pessoa doente, antecipando os problemas que podem surgir e o que fariam para os resolver.

6 – Desenvolver competências de comunicação interpessoal na promoção de parcerias terapêuticas com a pessoa submetida a TMO e a sua família.

De forma a desenvolver competências de comunicação interpessoal, foi realizada uma pesquisa bibliográfica acerca da temática da comunicação e relação de ajuda, pilares fundamentais em enfermagem, no sentido de encontrar estratégias para lidar com situações complexas e específicas da prática de cuidados. Suportei a minha atuação e comunicação com autores importantes na área tais como Buckman, Phaneuf e Lazure.

Este suporte teórico foi aplicado na prática de cuidados, com vista ao desenvolvimento de atitudes e comunicação eficazes que permitam o estabelecimento de uma relação terapêutica. Para tal recorri aos postulados de Buckman (1992) e do seu protocolo de más notícias de 6 etapas, que ajuda a estruturar mentalmente e a refletir antes de agir. Foi utilizado o recurso da escuta ativa, centrada na pessoa e nas suas necessidades de conforto, aplicando-se estratégias como a repetição e parafrasear, de modo a que a pessoa compreenda que a estamos a escutar de forma ativa e solidária com o seu discurso. Foi demonstrada disponibilidade para esclarecer dúvidas, para confortar e para cuidar. Houve especial atenção sobre a comunicação verbal e não verbal, que devem estar

em concordância e serem adequadas à pessoa e à sua situação. Segundo Phaneuf (2005), a enfermeira deve estar atenta a aspetos da comunicação não verbal, tais como a postura e as atitudes corporais, o contacto visual que demonstra intenção de escutar, os movimentos expressivos, demonstrar uma expressão aberta, de modo a melhorar a comunicação com a pessoa que temos perante nós. Importa para o enfermeiro ter noções de que a pessoa, apesar do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos básicos para o resolver. (Lazure, 1994)

Devo realçar que pensar e refletir sobre estes aspetos foi fulcral, tendo consciência das diferentes fases que as pessoas atravessam, articulando a prática à teoria. Senti dificuldade nessa articulação inicialmente no local de Estágio I, até porque as medidas de isolamento impostas são barreiras à comunicação, como que ficamos escondidos atrás da máscara, da touca e da bata. Consegui, através do estabelecimento de uma relação de confiança, de uma comunicação assertiva com recurso a um tom de voz adequado e de palavras congruentes com a situação, que essas barreiras não fossem inibitórias, uma vez que considero a comunicação e a relação de ajuda pilares na Enfermagem. As estratégias adotadas na comunicação com a pessoa e família permitiram, segundo Benner (2001), atingir o nível de proficiente, pois a enfermeira apreende, através da experiência, as situações na sua globalidade e atua de forma adequada a cada caso ou situação.

7 – Negociar objetivos e metas de cuidados com a pessoa submetida a TMO e família, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico

Como atividade que levou à concretização deste objetivo foi desenvolvida, em conjunto com a pessoa e a sua família, uma parceria no sentido de potenciar e realçar os comportamentos de procura de saúde e as capacidades da pessoa e da sua família, facilitando as suas tomadas de decisão, centradas em satisfazer as suas necessidades de conforto.

De acordo com The Bone Marrow Foundation (2012), a pessoa sofre vários efeitos após o condicionamento para o TMO, tais como náuseas e vômitos, diarreia, alopecia, fadiga, anorexia, mucosite oral e reações cutâneas. Em ambos os estágios foi necessário intervir na gestão da alimentação, relacionadas nomeadamente com a

mucosite ou com a anorexia. A mucosite oral pode traduzir-se numa dificuldade da pessoa em alimentar-se ou em casos graves pode comprometer toda a ingestão oral, causa odinofagia, distúrbios do sono e deixa a pessoa suscetível a infeções (Hawthorn, 2007). Para tal, junto da pessoa e com a família, foram discutidas estratégias para contornar a situação, tais como identificar quais os alimentos preferidos da pessoa, sendo que a família sugere sempre alimentos que cozinhava ao seu ente querido no domicílio, e sempre que foi possível, foram referidas estas sugestões à dietista. Foram aconselhados alimentos leves e frios, por serem de digestão fácil. Acordou-se ingestão de dieta fracionada e foi sugerida analgesia em situações de odinofagia, permitindo que a pessoa intervisse no seu processo terapêutico e fomentou um maior envolvimento da pessoa e da sua família.

Para envolver a família na preparação para a alta, foram programados os ensinamentos com a pessoa num dia em que a pessoa significativa conseguisse estar presente, no sentido de ir ao encontro da falta de informação tanto da pessoa como da família. Outra atividade desenvolvida foi relativamente à fadiga, como exemplificado no Estudo de Caso I (incluído no Apêndice II). As pessoas apresentam aumento da fadiga e diminuição da atividade física na sequência do tratamento de QT para o TMO (Hacker, et al., 2006).

Para Hacker, Larson, e Peace (2011), exercícios aeróbicos são utilizados com sucesso para aumentar os níveis de atividade física e os aeróbicos melhoram a função cardiorrespiratória. Foram realizadas intervenções junto da pessoa, de forma a combater a fadiga, como por exemplo, incentivando ao levantar precoce e a desenvolver atividades do seu agrado.

No Estágio II, foi proposto realizar um contacto telefónico após a alta, tendo sido agendada essa meta com a J. C., tal como referido no Estudo de Caso II (incluído no Apêndice VI). Foram realizados dois contactos telefónicos (incluídos no Anexo II) a duas pessoas no decorrer deste estágio e realizada a articulação com o Hospital de Dia, para permitir a continuidade aos cuidados. Com a implementação desta atividade, além de melhorar o acompanhamento no pós-alta à pessoa e à sua família, permitiu dar ênfase à importância que os cuidados de enfermagem têm na satisfação das pessoas e família e na importância de manter a continuidade dos cuidados e o seu conforto. Como evidenciado no Estudo de Caso II (Apêndice VI), a

J.C. referiu que se sentia ansiosa e com receio ao enfrentar o regresso a casa, mantinha algumas dúvidas e que as esclareceu neste contato telefónico e ficou, segundo a própria, “mais tranquila”. Referiu que sentia que “não se tinham esquecido dela”, o que a fez sentir-se confortada, tal como consta no Apêndice VI.

Para Benner (2001), o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidado excelente requer. As atividades desenvolvidas tendo como foco o conforto e as metas da pessoa/família contribuíram para um acompanhamento de enfermagem individualizado desde a preparação, passando pelo internamento e até à alta.

8 – Reconhecer os efeitos da natureza do cuidar pessoas com doença hemato-oncológica, sobre os cuidadores e sobre os profissionais de saúde e responder de forma eficaz.

Segundo Martins (2004), não é só a pessoa com doença oncológica que sofre, os profissionais lidam diariamente com dor, sofrimento e com a morte e acabam por projetar-se e envolver-se em situações em que são mais vulneráveis, sendo necessário equilíbrio e domínio técnico da relação.

Ao confrontar-se com o sofrimento e morte do doente, o enfermeiro sofre também, porque toma consciência da sua própria finitude e sente-se impotente face à morte, mas através da relação profunda que estabelece com cada doente que acompanha (...) o enfermeiro aprende, cresce e amadurece tornando-se mais apto para lidar com o sofrimento e a morte (Martins, J. L., 2010, p V e VI).

Por sentirmos, eu e os meus pares, os efeitos da natureza do cuidar de pessoas com doença hemato-oncológica e por não apresentarmos recursos técnicos e instrumentais e sentirmos falta de trabalhar teoricamente e em contexto estas questões, foi agendada, em articulação com o psicólogo do serviço, uma sessão de grupo com a equipa de enfermagem e o psicólogo, com o tema da comunicação de más notícias com recurso à técnica de *role-play*, de modo à equipa desenvolver competências na área e gerir estes efeitos e responder eficazmente junto das pessoas com doença hemato-oncológicas e das suas necessidades de conforto. A sessão foi planeada e discutida com a Enfermeira Chefe, Enfermeira Responsável

pela Formação e Psicólogo, mas devido a falta de disponibilidade do Psicólogo não se concretizou, mas ficou agendada no plano de formação em serviço 2013-2014.

Segundo Martins, J. L. (2010), os enfermeiros são considerados um dos grupos profissionais mais afetados pelo síndrome de *burnout*, por integrarem nos seus cuidados uma filosofia humanística e uma forma de cuidar holística. Especialmente quem cuida de pessoas com doença hemato-oncológica, constata diariamente sofrimento, dor e angústia, daí ser importante evitar situações de *burnout* para manter relações terapêuticas com as pessoas e assim, melhor cuidar das pessoas, pois, tal como refere Maslach, Jackson & Leiter, citados por Martins, J. L. (2010), há uma experiência individual de stresse, inserida num contexto de relações sociais e envolvendo, portanto, a conceção que o indivíduo tem de si mesmo e dos outros (Martins, J. L., 2010).

Também para gerir situações de desgaste, que acontecem no quotidiano, tenho fomentado a reflexão sobre a nossa prática de cuidados, tendo por base a metodologia do ciclo de Gibbs. Foi aplicado em conversas informais e/ou na passagem das ocorrências, de modo a refletir sobre as nossas intervenções perto do momento em que estas ocorrem, descrevendo a situação, referindo os sentimentos que foram experienciados, o que se retirou de positivo e de negativo, proceder a uma análise e posterior conclusão para podermos encontrar estratégias em conjunto de como atuar no futuro. Ainda ficou muito por investir, será então uma preocupação minha no futuro, até porque os conhecimentos e conteúdos devem ser sempre atualizados nas equipas, contudo constata-se que houve uma intensificação dos momentos de reflexão sobre o dia a dia do acompanhamento das pessoas submetidas a TMO de uma forma mais consciente e adequada.

9 – Desenvolver competências na área da formação atendendo às necessidades identificadas nos estágios

No sentido de desenvolver uma prática baseada em evidência científica, importa que os enfermeiros reflitam sobre as suas práticas e realizem atualização/formação. A prática baseada na evidência, segundo Pearson e Craig (2002), significa fazer as

coisas da forma mais eficaz, com os mais elevados padrões, para assegurar que o que se faz é bem feito e que se obtenham resultados mais benéficos que nocivos.

Desta forma foi importante realizar as sessões de formação tanto no Estágio I como no Estágio II, incluídas nos Apêndices IV e IX respetivamente, para poder partilhar os achados da RSL efetuada sobre a temática do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, com recetividade por parte dos profissionais que assistiram. No serviço onde presto funções, por ser uma necessidade sentida na prática de cuidados, a formação foi fulcral pela partilha destes achados importantes para promover a melhoria do acompanhamento de enfermagem. Foi apresentado à equipa médica da Unidade de Transplantação este projeto de intervenção, sustentado nos achados da RSL, que o acolheram e referiram ser de todo pertinente e necessário a aplicação do mesmo.

Durante o período de estágio, surgiu a oportunidade de participar num congresso científico na área da Hematologia para dar a conhecer a perspetiva do Local de Estágio II, onde presto cuidados, sobre o isolamento protetor à pessoa submetida a TMO na instituição, durante a fase do transplante. Esta participação, apesar de não ser uma atividade planeada inicialmente no projeto, acabou por ir ao encontro do projeto de intervenção, uma vez que a pessoa submetida a TMO e a isolamento protetor apresenta necessidades de conforto face ao afastamento da família e do seu papel social, estando comprometido o seu conforto sociocultural. Para Kolcaba (2003), o conforto sociocultural é importante, pois permite à pessoa manter a sua rede de suporte social, sentindo-se fortalecido e deste modo, desenvolver ações de procura de saúde, conseguindo ultrapassar situações complexas, como o isolamento protetor a que está sujeito durante o internamento para o TMO.

Da partilha do congresso, da pesquisa bibliográfica suportada pelas *guidelines* do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), em simultâneo com a experiência profissional, foi possível refletir sobre a prática e promover melhores cuidados relativamente ao isolamento na Unidade. A formação foi repetida no meu contexto de trabalho, dando a conhecer os achados na literatura na área do isolamento da pessoa submetida a TMO e realço a reflexão que provocou nos elementos da Equipa de Enfermagem. Após a sessão houve uma reunião na qual a equipa refletiu sobre o isolamento e sobre como se poderia potenciar o benefício das

ações de enfermagem desenvolvidas. Segundo Johns (2009), cabe aos profissionais realizarem uma prática reflexiva, assim, no sentido de reforçar cuidados de enfermagem que contribuam para diminuir o risco de infecção nosocomial, foi referida a importância do uso de bata esterilizada no contato direto com a pessoa; foi reforçado o pedido de uma câmara de fluxo laminar vertical para preparar a medicação com o mínimo risco de infecção e de custos; sugerida alteração na forma como as portas dos quartos de isolamento fecham, para potenciar a manutenção da pressão positiva dentro do quarto. Estas sugestões vão ao encontro dos achados da literatura e as recomendações do CDC (2000). Garbin, Silveira, Braga e Carvalho (2011), referem que as medidas de prevenção de infecção são fundamentais para o sucesso do TMO, visto que a pessoa submetida a TMO apresenta complicações pós TMO tais como neutropénia grave. Nesta reunião, sobre a nossa prática de cuidados, surgiu a necessidade de criar um protocolo de prevenção de infecção associada à colocação e manutenção de CVC. Este protocolo está a ser elaborado por um pequeno grupo de enfermeiros do serviço, no qual me incluo, recorrendo aos achados mais recentes sobre a área da prevenção de infecção associada ao CVC, no sentido de uniformizar práticas no cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica com cateter venoso central, sendo que a pessoa submetida a TMO necessita de colocar CVC para realizar o condicionamento, assim como para a administração do TMO. Foram desenvolvidas estratégias para a concretização deste protocolo, tais como: uma revisão da literatura, consulta de normas e *guidelines*, reunião com a equipa médica e de enfermagem, aprovação do Diretor Clínico e Enfermeira Chefe. Kolcaba (2003) afirma que as medidas promotoras de conforto ajudam a manter ou a repor o funcionamento fisiológico normal da pessoa e do seu conforto, prevenindo complicações. Assim, este protocolo surge como facilitador da promoção de medidas de conforto, através da sua aplicação e consequente prevenção de infecção. A pessoa em situação crítica com doença oncológica com CVC possuem um elevado risco de infecção associada ao cateter, o que aumenta a morbilidade, mortalidade e os custos dos cuidados de saúde, pelo que as intervenções realizadas pelos enfermeiros no sentido de evitar e controlar a infecção são fulcrais para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Nunes e Alminha, 2012).

Em reunião informal com a Enfermeira Responsável da Formação do Serviço, considerou-se necessário realizar formação acerca dos cuidados de enfermagem na administração de quimioterapia, sobre a sua manipulação e cuidados inerentes, para consolidar os conhecimentos da equipa e promover a melhoria do acompanhamento de enfermagem, assim sendo, ficou agendada no Plano de Formação em Serviço 2013-2014.

Foram também partilhados os achados relativos à infusão do TMO e os cuidados de enfermagem inerentes, de modo a atualizar e promover intervenções de enfermagem atualizadas relativamente ao período da infusão do TMO.

10 – Refletir sobre o processo de aquisição de competências

Considero que a implementação do projeto de intervenção e a elaboração deste relatório revelaram ser ferramentas pessoais que me permitiram refletir, avaliar e registar todo o trajeto percorrido, descrevendo e analisando de forma crítica ideias, interesses, atividades, experiências e as competências efetivamente adquiridas.

No decorrer do estágio procurei ter uma atitude reflexiva e construtiva sobre as práticas. A partilha de experiências com pares, Professora Orientadora e Enfermeiras Orientadoras permitiram-me solidificar os meus conhecimentos e conceitos sobre o processo de cuidar e ampliaram as minhas competências nos diferentes domínios do saber. A necessidade de melhorar a prática de cuidados é baseada no reconhecimento de que a produção do conhecimento de enfermagem também deve ser direcionado para a prática, isto porque é sobre a prática que se aplica a teoria e se desenvolve a conquista de novos conhecimentos. (Kim, 1999)

Contribuíram também para a prática reflexiva e aquisição de competências a elaboração de documentos como jornais de aprendizagem, estudos de caso e reflexão crítica. Os jornais de aprendizagem (Apêndices III e VII) e a reflexão crítica (Apêndice V) têm o suporte orientador do ciclo reflexivo de Gibbs, possibilitando por um lado a aprendizagem dessa metodologia reflexiva e por outro lado, através das conclusões feitas, o tomar consciência das competências adquiridas. Os estudos de caso (Apêndices II e VI) permitiram não só enquadrar na prática clínica as teorias estudadas, mas também realizar uma análise detalhada que ajudou a compreender

os processos complexos de doença hemato-oncológica e do TMO, fundamentar as intervenções de enfermagem a considerar no plano de cuidados à pessoa submetida a TMO e à sua família para posteriormente avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades de conforto identificadas. As reuniões tutoriais, realizadas ao longo deste processo de aquisição de competências, foram importantes e fundamentais para me conduzirem neste caminho. Foram feitas apreciações críticas do meu desempenho (Apêndice XI), e sinalizadas dificuldades e pontos de interesse a refletir. A reflexão é o processo no qual os indivíduos pensam sobre determinadas situações vividas e as avaliam de modo a trazer um novo entendimento ou uma apreciação das mesmas (Williams, Wessel, Gemus e Foster-Seargeant, 2002). Acredita-se que os profissionais reflexivos estão mais capacitados para gerir a incerteza e a complexidade da prática (Williams, Wessel, Gemus e Foster-Seargeant, 2002). Parece assim indispensável assumir a prática reflexiva como instrumento de desenvolvimento profissional, prática que se pretende transmitir neste relatório.

Baseada no Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, apresentado pela autora, a Enf.^a competente, segundo Benner (2001), apercebe-se dos seus atos e de planos a longo prazo dos quais está consciente, mas “(...) *não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente (...)*”, sendo “(...) *capaz de fazer frente a muitos imprevistos (...)*”. A Enf.^a proficiente avalia as “(...) *situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas.*” “ (...) *Aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que vão acontecer numa determinada situação*” (Benner, 2001, p. 54 e 55). A enfermeira perita apresenta enorme experiência, compreende, (...) de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema “(...) *sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis(...)*” (Benner, 2001, p.58).

Assim, considero que desenvolvi competências de perita na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, pois aprofundei conhecimentos sobre a temática; apliquei o referencial teórico de Kolcaba (2003) na minha prática de cuidados, planeei e implementei um projeto de intervenção na área; relacionei os pressupostos teóricos com a minha prática de cuidados e agi em conformidade. Desenvolvi competências de competente e

proficiente na área dos cuidados à pessoa com doença oncológica, após ter adquirido conhecimentos neste Curso e através dos estágios realizados, nomeadamente na área dos cuidados de enfermagem à pessoa com neutropénia e na prevenção de infeções.

4. IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Realço que a implementação deste projeto de intervenção veio reforçar a necessidade de fundamentar a minha prática de cuidados com a evidência científica encontrada, de modo a contribuir para melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e a sua família. Deste modo, foi uma mais valia, para garantir a melhoria dos cuidados prestados no meu serviço, permitindo abranger e acompanhar a pessoa/família nas diferentes fases que atravessam durante o processo de TMO.

A implementação deste projeto fomentou a reflexão sobre a prática, tanto minha, como dos meus pares, com ênfase na importância da Enfermagem no cuidar a pessoa submetida a TMO e à sua família o que, por si só, é motivador para melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Realço a implementação da consulta de enfermagem pré-TMO, como uma atividade importante desenvolvida para a promoção da melhoria do acompanhamento de enfermagem. Contudo não foi possível realizar a consulta a todas as pessoas, durante o período de estágio, devido à dificuldade da articulação entre a equipa médica e de enfermagem e consequentes dificuldades na gestão dos cuidados de enfermagem, apesar da equipa de enfermagem se manter motivada para a sua concretização. No futuro, este aspeto poderá ser minimizado através do desenvolvimento no serviço de um manual de atuação de enfermagem, com normas e protocolos definidos, onde se prevê a descrição das intervenções referentes ao acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, na fase de preparação, durante o TMO e no pós-transplante e fomentar uma regularidade nas intervenções de enfermagem. Segundo a OE, o Enfermeiro Especialista envolve-se nas dimensões da educação das pessoas doentes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de

descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2011).

Na fase pós-TMO e na preparação para a alta, foi desenvolvido o contacto telefónico após a alta, para manter um acompanhamento de enfermagem e melhorar a articulação com o Hospital de Dia. Esta atividade será melhor consolidada na prática, através do recurso a um manual de atuação dos cuidados de enfermagem no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO, onde também este contacto telefónico esteja contemplado, visto ser uma atividade importante no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. Importa manter no futuro a equipa de enfermagem motivada para a importância da continuidade dos cuidados e da articulação com o Hospital de Dia.

Importa refletir sobre este aspeto, visto que algumas das atividades não foram atingidas na totalidade como programado. Julgo que a dificuldade na gestão dos cuidados realizados pela equipa de enfermagem é uma forte condicionante, assim como o facto da dotação de enfermeiros no serviço ter diminuído, decorrentes da saída de enfermeiros que ainda não foram substituídos segundo as orientações da Direção de Enfermagem, embora este fato não esteja de acordo com o preconizado pela OE para a área da Hematologia. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da OE, a dotação de enfermeiros num serviço de internamento de Hematologia é das mais elevadas, sendo de 5,45 (valor médio) de horas de cuidados de enfermagem por dia (Ministério da Saúde e Ordem dos Enfermeiros, 2011). Na unidade de transplantação onde trabalho, o cálculo de horas de cuidados de enfermagem encontra-se nos 6,14 (valor médio), reflexo da exigência do serviço. Assim sendo, por vezes, o acompanhamento de enfermagem não é o pretendido, acabando por não se realizar em todas as fases, sendo a preparação para o internamento e a preparação para a alta os mais afetados. Contudo torna-se fundamental refletir sobre o fato de que apesar dos enfermeiros do serviço referirem ser pertinente a implementação do projeto, não se refletiu nas suas atividades de atuação essa preocupação, o que evidencia uma falta de consolidação nas intervenções de enfermagem. Esta falta de consistência da atuação dos enfermeiros prejudica as pessoas? Tendo sido demonstrado os benefícios da promoção de um acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à

sua família, o fato deste não se manter levanta questões éticas. Será a atuação dos enfermeiros congruente com o princípio ético da beneficência e não maleficência? Existe equidade nos cuidados? Fica a consciência destes aspetos e da necessidade de melhorar no futuro o acompanhamento de enfermagem realizado pelos enfermeiros, incentivando à reflexão sobre a prática, com vista à promoção do conforto da pessoa submetida a TMO e da sua família, considerando a pessoa na sua essência e os seus direitos decorrentes da sua condição de doença.

Através de conversas informais com os meus pares, a exigência do serviço e as dotações dos enfermeiros fazem com que não haja de forma permanente, como seria expectável, tanta disponibilidade dos enfermeiros; sentem-se frustrados por saberem a importância dos seus cuidados e, por vezes, não conseguem realizar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família como idealizavam. Sinto que de alguma forma esta questão não pode ser resolvida de imediato, contudo, conjuntamente com outros elementos da Equipa, nomeadamente chefes de equipa, foi realizada uma reunião com a Enfermeira Chefe para a equipa poder dar resposta a estes aspetos. Segundo o que ficou acordado, as práticas serão repensadas, o tempo será gerido de forma criteriosa, investindo na formação das assistentes operacionais, potenciando as suas funções e tarefas, para que seja possível para a equipa desenvolver eficazmente as intervenções autónomas de enfermagem, nas quais se inclui o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Mesmo não tendo sido possível realizar todas as atividades propostas, a implementação do Projeto de Intervenção sensibilizou os enfermeiros para esta temática através da partilha dos achados da RSL, o que lhes permitiu fomentar e melhorar os cuidados, com vista a melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. Deste modo, valeu a pena um esforço que não termina aqui, sendo um objetivo futuro que sejam concluídas as atividades e assim promover o conforto da pessoa submetida a TMO e a sua família.

5. QUESTÕES ÉTICAS

Ao longo do percurso profissional, o enfermeiro depara-se, frequentemente, com questões éticas, pelo que importa desenvolver uma prática avançada de enfermagem, respeitando as normas ético-deontológicas e os padrões de qualidade da prática associados à área da EO. Segundo Veiga (2006), o exercício de uma profissão de relação com o outro, implica sempre o desempenho de uma atividade socialmente valorizada, em que a comunidade deposita expectativas quanto à excelência do desempenho técnico e moral. Em saúde, o nível de exigência que decorre da especificidade das suas funções, obriga à elaboração de normas formais que sirvam de guias do exercício profissional (Veiga, 2006).

Ao longo deste percurso, foram desenvolvidas intervenções de enfermagem em consideração pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, tal como legisla o Código Deontológico dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril, 1998). Para tal respeitei sempre o seu anonimato nos meus trabalhos académicos. A aplicação deste Projeto de Intervenção sustentou-se no princípio da beneficência e da não maleficência tendo em consideração os direitos das pessoas e famílias nos cuidados prestados. Segundo Shepard (2010), beneficência é definida como ações que beneficiam a pessoa, ao passo que a não-maleficência se refere ao não fazer mal, considerações que mantive na minha prática de cuidados.

Levantam-se dilemas éticas nos cuidados à pessoa submetida a TMO e à sua família. As pessoas encaram simultaneamente, este tipo de tratamento como o fim da linha e/ou a perspetiva de cura, desenvolvendo expectativas face ao mesmo. Neste sentido é fulcral que o enfermeiro, ao ter consciência das complicações inerentes ao TMO, deva revelar congruência na informação disponibilizada, de modo a não permitir que a pessoa/família desenvolvam falsas esperanças ou fiquem sem esperança por completo, e assim, diminuir sofrimento psicológico e angústia. Devemos refletir sobre tudo o que transmitimos à pessoa/família, pois para eles é tido como válido. Importa então adotar uma postura e comunicação assertivas,

apoando a pessoa, sem transmitir falsas esperanças, pelo seu direito à verdade e à dignidade do seu ser.

Quanto ao dever de garantir o consentimento informado do indivíduo e da família no que respeita aos cuidados de enfermagem, Almeida (2007) refere que o enfermeiro deve considerar que a informação seja clarificada, no âmbito de atuação da enfermagem, não deixando dúvidas quanto ao conteúdo da informação que o enfermeiro tem o dever de fornecer. A consulta de enfermagem pré-TMO implementada tem como finalidade clarificar e fornecer informação relevante, no âmbito das competências de enfermagem, sobre o TMO, ajudando a pessoa e família a enfrentar o internamento na unidade. Foi considerada, no guião desta consulta, informação pertinente, segundo os achados da literatura, de modo a potenciar benefícios à pessoa e sua família, realizar uma preparação congruente com as suas necessidades de conforto e melhorar, deste modo, o acompanhamento de enfermagem realizado.

Kolcaba (2003), considerou as questões éticas inerentes à promoção de cuidados de conforto, referindo que estes vão além do dever. Segundo a autora não significa que os enfermeiros devem fazer auto-sacrifícios, mas que a ação confortadora dos enfermeiros suplanta-se ao que é exigido pelo dever, pela relação privilegiada que tem com a pessoa, deve pensar eticamente as suas atitudes, pois segundo Martins (2004), o enfermeiro possui conhecimentos na área das ciências médicas e humanas, permitindo-lhe atuar, compreender, avaliar e investigar as consequências das suas intervenções. Foi uma preocupação, com a implementação deste projeto, que a pessoa/família tivessem direito ao consentimento informado, clarificando, através de linguagem acessível, clara e concreta, as intervenções de enfermagem desenvolvidas, realçando que a confidencialidade foi mantida, assim como a sua autonomia na capacidade de decisão.

Para Almeida (2007), considerando autónoma a pessoa que é capaz de determinar o seu próprio curso de acção, importa enfatizar a sua autonomia, aceitá-la e reconhecer a pessoa como ser racional, capaz de fazer escolhas; de poder legislar para si mesma, em função das suas condições pessoais, desde que não interfiram nem lesem a liberdade dos outros. A autonomia não é uma qualidade pessoal, mas

um direito a ser reclamado e é influenciada por problemas tanto internos como externos (Almeida, 2007).

Refleti acerca da implementação do projeto de intervenção, questionando eticamente o acesso e direito que todas as pessoas têm de receber ensinamentos de preparação para o TMO através da Consulta de Enfermagem. Sabendo o contributo desta na melhoria do acompanhamento de enfermagem e os benefícios para a pessoa/família, torna-se fundamental que o projeto seja concretizado de forma a abranger todas as pessoas. Assim, fica o dever de manter os esforços no sentido da sua concretização, traduzindo-se no respeito pela dignidade da pessoa humana, pela equidade e justiça. De acordo com Almeida (2007), o conceito de dignidade humana serve de referencial normativo a todo o tipo de intervenção no Homem, tanto na esfera política como social, assim como na prestação de cuidados de saúde. Segundo Almeida (2007), o princípio da equidade determina responder, de forma satisfatória, às necessidades de todas as pessoas doentes, sendo uma preocupação por parte dos enfermeiros. Para a autora o princípio da justiça advém da Declaração Universal dos Direitos Humanos que reconhece que a dignidade humana é inerente à condição do Ser Humano, sendo que a igualdade de direitos de todos os membros da família humana é a base da liberdade, da justiça e da paz no mundo, pelo que os enfermeiros procuram reconhecer e respeitar estes direitos fundamentais (Almeida, 2007). Numa sociedade que se rege cada vez mais por um imperativo tecnológico, torna-se fundamental questionar se aquilo que é tecnicamente possível é eticamente legítimo (Almeida, 2007).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório espelha um percurso de trabalho e reflexão que permitiu a concretização dos objetivos propostos e consequente aquisição de competências. Foi um longo percurso com início antes do primeiro dia de aulas e não acaba com a conclusão deste Curso. O investimento na área do cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica tem sido uma constante ao longo do meu percurso profissional.

Tive como linha orientadora do meu Cuidar a Teoria do Conforto de Kolcaba, pois fornece uma estrutura para qualquer situação em que as pessoas tenham necessidades de conforto e há uma valorização na melhoria do conforto. (Kolcaba, 2009) A teoria tem sido usada para testar a eficácia de intervenções holísticas específicas para aumentar o conforto, realçando a correlação entre conforto e os comportamentos de procura de saúde das pessoas (Kolcaba, 2009).

Os estágios revelaram-se de extrema importância para a articulação entre os pressupostos teóricos e a experiência da prática clínica, permitindo desenvolver competências numa perspetiva de Enfermagem Avançada, melhorando o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. O acompanhamento de enfermagem surge como um processo sistemático com o objetivo de tornar a pessoa capaz de superar as suas necessidades de ajuda e suporte, pela aceitação da responsabilidade e pela recuperação da independência (Kotzé, 1998).

Um dos aspetos facilitadores do meu percurso foi o facto de já ter experiência na área do cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica, com sete anos de prática numa unidade de tratamento intensivo de doenças hemato-oncológicas e simultaneamente numa unidade de transplantação de medula óssea, apresentando previamente competências para cuidar da pessoa com doença hemato-oncológica. Ao longo deste percurso e com os estágios realizados, adquiri e desenvolvi competências de perita na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. Outro aspeto facilitador foi a disponibilidade das

minhas Orientadoras (Enfermeiras e Professora), dos meus pares e restantes profissionais, que acolheram o meu projeto de estágio, contribuindo para que a realização das atividades previamente propostas fosse uma realidade.

As dificuldades e limitações do trabalho prenderam-se com o fato de que ao planejar um projeto de intervenção, apesar do trabalho de campo realizado, só se tem noção de como será a sua concretização quando o aplicamos no terreno e na nossa prática de cuidados. É fulcral compreender que as dificuldades fazem parte do nosso processo de evolução e de aprendizagem, nos fortalecem e nos tornam mais atentos no futuro a situações semelhantes. Ao planejar o meu projeto de intervenção, apesar das dificuldades que esperava enfrentar, sempre achei que este era importante para melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, e que tal importância seria uma força motora poderosa para a sua concretização.

Senti, na globalidade, que desenvolvi as atividades a que me propus com a implementação deste projeto. Mas devo salientar que esta não depende só de mim, envolve uma série de profissionais de saúde, de conjugação de vários fatores que podem ser pequenos obstáculos no grande objetivo final que é a sua implementação. É uma área importante e que merece grande investimento da equipa multidisciplinar da Unidade e acredito que com a correta articulação poderemos ter as Consultas de Enfermagem Pré-TMO desenvolvidas e abranger todas as pessoas submetidas a TMO e as suas famílias.

Saliento, no entanto, a mudança de atitudes e de cuidados que este projeto fomentou no meu serviço, sensibilizando para a manutenção de uma filosofia de acompanhamento de enfermagem, com intervenções consistentes e planeadas, através da promoção do conforto da pessoa submetida a TMO e à sua família.

Ao longo dos estágios, desenvolvi cuidados de enfermagem baseados nos achados da RSL, partilhando-os com a restante equipa, dinamizando uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais. Prestei cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica e à sua família, em variados contextos da prática clínica, promovendo o seu bem-estar e conforto.

Estabeleci uma relação terapêutica com a pessoa/família, promovendo a sua adaptação às diferentes fases do percurso da sua doença. Para tal utilizei uma comunicação assertiva, empática e eficaz com a pessoa e sua família.

Reconheci e interpretei os sinais e sintomas da alteração do estado de saúde/doença, através de uma avaliação das suas necessidades de conforto, nos contextos físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental que afetam a pessoa submetida a TMO e a sua família. Avaliei as necessidades de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica e da sua família e desenvolvi intervenções de enfermagem baseadas nos achados da RSL e dos peritos da área, aplicando uma prática reflexiva, sustentada pelo Quadro Conceptual de Kolcaba.

Senti necessidade de melhorar a minha prática e os meus conhecimentos. É nosso dever realizar formação para podermos prestar os melhores cuidados com a máxima qualidade às pessoas. Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 88º, o enfermeiro procura a excelência profissional, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos, realizando formação permanente e contínua (OE, 2003). Na perspetiva de potenciar a qualidade da minha prestação de cuidados, decidi aumentar as minhas competências, pelo que integrei este Curso.

Para aperfeiçoar as minhas competências na área da EO, decidi realizar o projeto de intervenção na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, por sentir que as pessoas necessitam de um melhor acompanhamento de enfermagem, realizado através de uma preparação da pessoa e família fundamentada em evidência científica. De acordo com o Código Deontológico, artigo 88º, o enfermeiro deve procurar, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, avaliando com regularidade o seu trabalho e reconhecer as falhas que necessitem de mudança de atitude, assim como procurar normas de qualidade e manter a atualização contínua dos conhecimentos tanto técnicos como na área das ciências humanas (OE, 2003).

Ao cuidarmos de pessoas com doença oncológica, por ser considerada uma doença crónica com remissões e recidivas, é importante que o enfermeiro compreenda que devemos desenvolver atitudes com o intuito de promover a qualidade de vida (Martins, 2004). A mesma autora refere que importa, sem dúvida, conhecer a pessoa que temos perante nós, o seu conhecimento face à doença e as suas próprias

atitudes, no sentido de participar na tomada de decisão (Martins, 2004). Devemos demonstrar disponibilidade e facilitar o desenvolvimento de estratégias para que a pessoa desenvolva segurança, diminua o medo da doença e do sofrimento, através da promoção do conforto e, como defende Kolcaba (2003), se empenhe ativamente por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto e, deste modo, sentir-se fortalecida.

Aprendi muito neste meu percurso académico, teórico e prático, que me deu subsídios para poder evoluir, melhorar e ser uma enfermeira especializada na área da EO. A prática de cuidados realizada nos estágios, permitiu-me adquirir competências especializadas na área do cuidado à pessoa com doença oncológica. Especificamente, realço a aprendizagem absorvida dos locais de estágio, na área do cuidado à pessoa submetida a TMO, que me permitiu tornar perita no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

A elaboração deste relatório, permitiu-me refletir sobre o caminho percorrido, realizando uma retrospectiva deste meu percurso, para reconhecer qual a trajetória a seguir no futuro.

Termino, consciente de que com o caminho percorrido não cheguei ainda ao fim, continuando daqui para a frente um novo percurso, com mais responsabilidades mas também com consciência do meu crescimento enquanto pessoa e enfermeira, em paralelo com os meus pares, com a ambição de atingir o nível de perita em todas as áreas do cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica e à sua família.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, O. (2007). *O Consentimento Informado na Prática do Cuidar em Enfermagem*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Obtido em 10 de Maio de 2013, de: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22448/4/O%20Consentimento%20Informado%20na%20Pratica%20do%20Cuidar%20em%20Enfermagem.pdf>
- American Society for Blood and Marrow Transplantation. (2009). Guidelines for Preventing Infectious Complications among Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: A Global Perspective. *Biol Blood Marrow Transplant*, 15, 1143-1238.
Obtido de <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/downloads/hemato-cell-transplants-508.pdf>
- Andrade, M. (2012). Consulta de Enfermagem ao Utente Oncológico submetido a Quimioterapia. *Onco.News*, 27-31
- Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação (2012). *Relatório Estatístico 2010*. Obtido em 30 de Janeiro de 2012 em : http://www.asst.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/relatorio_2010.pdf
- Becze, E. (2008). Put Evidence Into Practice to Manage Caregiver Strain and Burden. *Ons Connect*, 18-19.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Boonstra, L., Harden, K., Jarvis, S., Palmer, S., Kavanaugh-Carveth, P., Barnett, J., & Friese, C. (2011). Sleep Disturbance in Hospitalized Recipients of Stem Cell Transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 271-276.
- Brown, M. (2010). Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Nursing Standard*, 47-56.

- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. London: Pan Books.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2000). *Guidelines for Preventing Opportunistic Infections Among Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients*. Obtido em 8 de Novembro de 2012, de <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr4910a1.htm>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (2011). Proposta de Projecto de Regulamento de Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. (pp. 1-4). Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.
- Contel, J., Sponholz Jr., A., Torrano-Masetti, L., Almeida, Â., Oliveira, É., Jesus, J., & Santos, M. (2000). Aspectos Psicológicos e Psiquiátricos do Transplante de Medula Óssea. *Medicina, Ribeirão Preto*, 294-311.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium* (pp. 234-251). Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos.
- Cruz, D., & Pimenta, C. (2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao Raciocínio Diagnóstico. *Revista Latin-am*, 415-422.
- Curcioli, A. C., & Carvalho, E. (2010). Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 716-724.
- Decreto - Lei n.º 104/98 de 21 de Abril . (1998). Código Deontológico do Enfermeiro. *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros* (pp. 1754-1756). Diário da República.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Lisboa: Diário da República, nº 180. Obtido em 11 de Maio de 2013, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Dias, et. al. (2001). Registos de Enfermagem. *Servir*, 267-271.
- East Forum EBMT Nurses Group. (2012). Oral cavity care in patients after high-dose chemotherapy and stem cell transplantation: The East Forum EBMT Nurses Group standard of care. *Bone Marrow Transplantation* (pp. 149-150). Macmillan Publishers Limited.

- European Oncology Nursing Society. (2005). EONS Post-basic Curriculum. (pp. 1-56). Bruxelas: European Oncology Nursing Society (EONS).
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gaguski, M. (2008). Caring for Caregivers. *Ons Connect*, 10-14.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.
- Góis, C. M. (2004). A Fadiga no Doente Oncológico. In *Enfermagem Oncológica* (pp. 125-135). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- 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*, E1-E8.
- Hacker, E. D., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., & Dieterle, N. (2006). Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Oncology Nursing Forum*, 614-624.
- Hacker, E., Larson, J., & Peace, D. (2011). Exercise in Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Lessons Learned and Results From a Feasibility Study. *Oncology Nursing Forum*, 216-223.
- Hawthorn, J. (2007). Reducing the misery of oral mucositis. *EONS Newsletter, Fall 2007* (pp. 24-26). Bruxelas: EONS.
- Hawthorn, J. (8 de Outubro de 2012). *Reducing the misery of oral mucositis*. Obtido de EONS Newsletter Fall 2007: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSnewsletter2007fall-en.pdf>
- Hennezel, M. d. (2002). Acompanhar os últimos instantes da vida. *Sinais Vitais*, 17-21.
- Hoffbrand, A. V., Pettit, J. E., & Moss, P. A. (2004). Transplante de células tronco. In A. V. Hoffbrand, J. E. Pettit, & P. A. Moss, *Fundamentos em Hematologia* (pp. 106-120). Porto Alegre: Artmed.

- Honea, N., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D., Somers, S., & Northouse, L. (2008). Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 507-516.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar - Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. (L. Wiggins, Ed.) United Kingdom.
- Johns, C. (2009). *Becoming a Reflective Practitioner*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp 677-704). Loures: Lusociência.
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia*. (pp 677-704). Loures: Lusociência.
- Kim, H. (1999). Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 1205-1212.
- Klco, J., Welch, J., Nguyen, T., Hu, M., Hassan, A., Lind, A., & Frater, J. (2011). State of the art in myeloid sarcoma. *International Journal of Laboratory Hematology*, 555–565.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. Peterson, & T. Bredow, *Middle range theories: application to nursing research* (pp. 254-272). Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 1301-1310.
- Kotzé, W. (1998). An Anthropological Nursing Science: Nursing Accompaniment Theory . *Health Gesondheid*, 3-14.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.

- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 52-57.
- Lyons, K., et al. (2011). A Pilot Study of Activity Engagement in the First Six Months After Stem Cell Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 75-83.
- Martins, J. E. (2010). *Avaliação Processual de Burnout em Enfermeiros para e na Gestão das Organizações de Saúde*. Vila Real: Universidade De Trás-Os-Montes E Alto Douro.
- Martins, L. (2004). Aspectos Éticos em Oncologia. In F. Regateiro, M. Bilro, A. Assunção, M. F. Monteiro, R. Nunes, J. Rodrigues, & D. Carius, *Enfermagem Oncológica*, 179-192. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. C. (2010). *Aliviando O Sofrimento - O Processo de Acompanhamento de Enfermagem ao Doente em Final de Vida*. Lisboa: Universidade de Lisboa. Obtido em 30 de Janeiro de 2013, de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3185/1/ulsd060413_td_Maria_Martins.pdf
- Mattila, E., Leino, K., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. (2009). Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 611-622.
- Ministério da Saúde e Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia de Recomendações para o Cálculo das Dotações de Enfermeiros no Serviço Nacional de Saúde*. Obtido em 30 de Abril de 2013, de Ordem dos Enfermeiros: <https://membros.ordemenfermeiros.pt/Paginas/UltimaHora.aspx>
- Mourão, E., e Ribeiro, J. L. (2008). Qualidade de vida do doente submetido a transplante de medula óssea. *Onco.News*, 18-24.
- Muir Gray J. A. (1997) Evidence-Based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decisions. Churchill Livingstone,Edinburgh.

- Northfield, S., & Nebauer, M. (2010). The Caregiving Journey for Family Members of Relatives With Cancer: How Do They Cope? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 567-577.
- Nucci, M., & Maiolino, A. (Jul/Set de 2000). Infecções em Transplante de Medula Óssea. *Simpósio: Transplante de Medula Óssea*, 33, 278-293. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de Simpoósio: Transplante de Medula Óssea: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/infeccoes_transplante_medula_osssea.pdf
- Nunes, P., & Alminha, S. (2012). Cateter Venoso Central: Que práticas na procura da excelência. *Onco.News*, 11-19.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico: Anotações e Comentários*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da Republica*, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 8648-8653.
- Pais, F. (2004). O impacto da Doença Oncológica no Doente e Família. In F. Regateiro, M. Bilro, A. Assunção, M. Monteiro, & R. Nunes, *Enfermagem Oncológica* (pp 25-38). Coimbra: Formasau.
- Pearson, M., & Craig, J. (2002). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. Craig, & R. Smyth, *Prática Baseada na Evidência - Manual para Enfermeiros*. (pp 4-21). Loures: Lusociência.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

- Rodrigues, J., & Carius, D. (2004). Transplantação de Progenitores Hematopoiéticas. In F. Regateiro, M. Bilro, A. Assunção, M. Monteiro, & R. Nunes, *Enfermagem Oncológica*. (pp 105-122). Coimbra: Formasau.
- Sá, E. (2010). A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico. *Pensar Enfermagem*, 55-69.
- Santos, K., Ribeiro, L., Silva, G., Atalla, A., & Neto, A. (2011). Medidas não medicamentosas para prevenção de infecção no transplante de medula óssea: revisão da literatura. *HU Revista*, 37(2), 239-246.
- Schäffler, A., & Menche, N. (2004). Cuidados de Enfermagem nas Patologias Hemato-oncológicas. In A. Schäffler, & N. Menche, *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem* (pp. 354-393). Loures: Lusociência.
- Schulmeister, L., & Mayer, K. (2005). Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 57-67.
- Shepard, A. (2010). Moral Distress: A Consequence of Caring. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25-27.
- Silva, M. d. (1998). A Consulta de Enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - percepção do cliente. *Rev. latino-am. Enfermagem*, 27-31.
- The Bone Marrow Foundation. (2012). *Autologous Bone Marrow/Stem Cell Transplantation: A Medical & Educational Handbook*. Obtido em 20 de Junho de 2012 de The Bone Marrow Foundation: <http://www.bonemarrow.org/resources/publications.php>
- Williams, R., Wessel, J., Gemus, M., & Foster-Seargeant, E. (2002). Journal writing to promote reflection by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy Theory and Practice*, 5-15.

Anexos

**Anexo I – Dados das admissões na Unidade e registo das consultas de
enfermagem pré-TMO realizadas**

Quadro 1 - Dados recolhidos do Gabinete de Transplantação da Unidade onde foi implementado o Projeto de Intervenção, quanto ao número de pessoas admitidas para realizar TMO.

ANO	Alogénicos não relacionados	Alogénicos relacionados	Autólogos	Total de Admissões
2010	14	22	45	81
2011	21	21	45	87
2012	16	13	49	78

Quadro 2 – Dados das Admissões no Ano de 2013

2013	Total de Admissões para TMO
Janeiro	8
Fevereiro	6
Março	7
Abril	10

Quadro 3 - Registos das Consultas de Enfermagem Pré-TMO realizadas durante o Estágio

Data da Consulta	Nome da Pessoa	Tipo TMO	Enfermeiro	Familiar de referência	Data de admissão
1-02-13	C.M.Z.R.J.	Alogénico não relacionado	M.T.M.E.	J.M.J (marido)	11-02-13
4-02-13	A.J.M.	Autólogo	V.C.L.F.	H.M. (esposa)	15-02-13
7-02-13	A.M.Q.	Alogénico relacionado	V.C.L.F.	C.Q. (irmã e dadora)	01-03-13

Anexo II – Registos dos contactos telefónicos realizados após a alta.

Quadro 4 – Registos dos Contactos Telefónicos após a alta durante o período de Estágio

Data do Contacto Telefónico	Nome da pessoa	Necessidades de Conforto Identificadas	Articulação com Hospital de Dia
1-02-13	H.M.C.G.	Náuseas, vómitos e diarreia	2-02-13 Informada Equipa de Enfermagem e Médica que acompanharam em ambulatório.
07-02-13	J.C.F.N.M.	Melhoria das náuseas, a tolerar dieta líquida.	7-02-13 Após contacto telefónico com a J.C.F.N.M.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Metodologia da Revisão Sistemática da Literatura

Metodologia da Revisão Sistemática da Literatura

A RSL teve como ponto de partida a pergunta de investigação PI[C]O: “*Quais as intervenções de enfermagem (I) que promovem o acompanhamento de enfermagem (O) à pessoa submetida a TMO e a sua família (P)?*” Desta pergunta extraí as palavras-chave: *Cancer patient AND Stem Cell Transplantation AND Nursing OR Nursing Care AND Follow up*. Inseri os descritores nos motores de busca EBSCOhost e B'On das bases de dados científicas CHINAL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Cochrane Database of Systematic Reviews e Nursing & Allied Health Collection. Como resultados desta pesquisa obtive inicialmente 90 artigos, sendo apenas selecionados os que apresentavam texto integral e com data de publicação entre Janeiro de 2005 e Outubro de 2012. Após este filtro restaram 25 artigos que foram sujeitos a critério de inclusão e exclusão, apresentados em seguida no Quadro 5, tendo como resultado final 9 artigos de evidência científica de interveções de enfermagem importantes no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO.

Para avaliar os níveis de evidência dos artigos encontrados, recorri aos cinco níveis de evidência de Muir Gray (2004), sendo que o Nível I – Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática, de ensaios clínicos randomizados, bem delineados; Nível II – Evidência forte a partir de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado; Nível III – Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de coortes, de séries temporais, ou de estudos de casos-controle; Nível IV – Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro de grupo de pesquisa; Nível V – Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de conferências de especialistas.

Quadro 5 – Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Participantes	• Pessoa submetida a TMO (PBSC ou Medula Óssea) e sua família. • Enfermeiros que prestam cuidados na área da TMO. • Familiares e/ou cuidadores de pessoas com doença oncológica	• Pessoas com idade $\leq$ a 18 anos. • Pessoas com doença que não seja do foro oncológico. • Pessoas com doenças que não necessitem de TMO. • Familiares e/ou cuidadores de pessoas com doenças que não sejam do foro oncológico.
Intervenção	• Estudos que refiram intervenções de enfermagem na fase pré, durante e pós TMO. • Estudos com implicação para a Enfermagem.	• Estudos que descrevam intervenções que não sejam da área de enfermagem; • Estudos que descrevam intervenções de enfermagem não relacionadas com o TMO;
Desenho	• Estudos com evidência científica de abordagem qualitativa e quantitativa.	• Todos os achados da pesquisa que não apresentam metodologia científica, ou que esta seja pouco clara. • Artigos não disponíveis em texto integral. • Artigos com data inferior a Janeiro de 2005.

Quadro 6 - Artigo 1

Título	Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation
Autor	Schulmeister, L., Quiett, K., Mayer, K
Publicação	Oncology Nursing Forum
Ano	2005
Objetivo	Expandir mais o conhecimento sobre as percepções dos doentes acerca da qualidade de vida (QV), qualidade do atendimento e satisfação entre doentes que recebem quimioterapia de alta dose e em regime de transplante autólogo de PBSC (células progenitoras hematopoiéticas) em ambulatório.
Método	Estudo descritivo longitudinal.
Participantes	36 pacientes programados para receber altas doses de quimioterapia e transplante de PBSC, selecionados por amostragem não probabilística consecutiva.
Intervenção	Indivíduos foram sujeitos a uma Avaliação Funcional antes do transplante de PBSC e ds alta dose de QT, 4-6 semanas pós-QT, e 6 meses pós-QT. Uma enfermeira pesquisadora independente conduziu entrevistas telefônicas sobre a experiência de tratamento, as percepções de qualidade do atendimento, a satisfação dos cuidados prestados. Os dados foram analisados através de estatística descritiva e análise de variância multivariada. Os dados qualitativos sobre a percepção dos cuidados foram analisadas usando método Giorgi. Foram feitas associações bivariadas entre o grau geral de satisfação com o atendimento e qualidade de vida, medida através da Avaliação Funcional.
Resultados	Neste estudo, os doentes em regime de ambulatório que sofrem doses elevadas de quimioterapia e transplante de células hematopoiéticas apresentam diminuição da QV após o tratamento, mas manteve níveis mais elevados do que aqueles encontrados no pré-tratamento realizado seis meses antes. A boa evolução clínica após altas doses de quimioterapia e transplante de PBSC foi associada com maior qualidade de vida e maior satisfação com o atendimento.

Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem Investir na área da comunicação, fornecer informação e prestar cuidados de enfermagem no apoio ao sobrevivente de cancro.
Nível de Evidência	Nível V

Quadro 7 - Artigo 2

Título	Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant
Autor	Hacker, E., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., Dieterle, N.
Publicação	Oncology Nursing Forum
Ano	2006
Objetivo	Examinar os padrões de fadiga, atividade física, estado de saúde e qualidade de vida (QV) antes e após a dose de alta de QT e transplante de células hematopoiéticas (PBSC) e para examinar a possibilidade de se obter em tempo real dados sobre a fadiga e níveis de atividade física.
Método	Estudo experimental do tipo antes e depois.
Participantes	Amostra de conveniência de doentes autólogos ou alogénicos, 20 antes do transplante de PBSC e 17 pós-transplante.
Intervenção	Os indivíduos foram avaliados durante um período de cinco dias antes do transplante e após o transplante para um total de 10 dias. Foram avaliados indivíduos quanto à intensidade de fadiga três vezes por dia e usavam um actigráfico pulso para medir a atividade física. Ao fim de ambos os períodos de cinco dias, os indivíduos foram avaliados por medidas de percepção do estado de saúde através do Questionário Q30 da Organização Europeia para Pesquisa da Qualidade de Vida no Tratamento do Cancro e satisfação com a vida através do Índice de Qualidade de Vida.
Resultados	Os resultados do estudo indicam que a fadiga aumentou significativamente e atividade física diminuiu após altas doses de quimioterapia e transplante de PBSC. declínio coincidiu com agravamento da condição física e emocional e funcionamento cognitivo. Os sintomas que os pacientes experimentaram (ou seja, fadiga, dor, náuseas e vômitos, distúrbios do sono, anorexia e diarreia) aumentou durante o período imediato após o transplante, não se verificou mudança significativa nos níveis de satisfação com a vida.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem promover cuidados de enfermagem de incentivo do doente a aumentar a sua atividade física para combater a fadiga imediatamente após o transplante.
Nível de Evidência	Nível III

Quadro 8 - Artigo 3

Título	Exercise in Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Lessons Learned and Results From a Feasibility Study
Autor	Hacker, E., Larson, J., Peace, D.
Publicação	Oncology Nursing Forum
Ano	2011
Objetivo	Testar a viabilidade e aceitação de uma intervenção de treino da força muscular em doentes que receberam transplante de PBSC.
Método	Estudo piloto prospectivo, de grupo com desenho de medidas repetidas
Participantes	Amostra de conveniência de 10 pacientes que receberam o transplante de PBSC.
Intervenção	A intervenção de treino de força consistiu um programa abrangente de resistência progressiva para fortalecer o corpo superior, parte inferior do corpo e os músculos abdominais utilizando elásticos de resistência. Instrução e treino de baixa intensidade começaram quando os pacientes foram hospitalizados e progrediu para um nível moderado imediatamente após a alta do hospital. Esta intervenção continuou durante seis semanas após alta hospitalar. A intervenção de treino de força foi aperfeiçoada a partir de um programa não-supervisionado no domicílio, combinado com a um programa supervisionado por enfermeiros com visitas semanais à clínica.
Resultados	Os pacientes relataram que os exercícios eram muito aceitáveis, embora alguns tenham começado com exercício de intensidade muito baixa. Este estudo piloto demonstra a viabilidade e aceitação da intervenção de treinamento de força. O nível de supervisão necessário para a intervenção de treinamento de força foi maior do que o esperado.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem promover intervenções de enfermagem específicas para treino da força muscular de modo a promover um aumento na recuperação no pós-transplante.
Nível de Evidência	Nível III

Quadro 9 - Artigo 4

Título	Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing.
Autor	Curcioli, A., Carvalho, E.
Publicação	Revista Latino-Am. Enfermagem
Ano	2010
Objetivo	Identificar as reações adversas e transfusionais que podem ocorrer durante a infusão de PBSC e os cuidados de enfermagem inerentes ao procedimento.
Método	Estudo descritivo e retrospectivo.
Participantes	Dados sobre transplantes realizados de 2006 a 2008 através de registos médicos em bases de dados de um hospital universitário e uma unidade de transplantação.
Intervenção	Foram pesquisados dados de pessoas submetidas a transplante (independentemente da idade); transplantes autólogos para doenças auto-imunes e hematológicas, transplantes alogénicos com MO ou PBSC, transplantes com e sem criopreservante, informação documental de transplantes com infusão simultânea de MO e PBSC foi excluído. O instrumento de colheita de dados foi testado e validado no seu conteúdo por 5 juízes e continha os seguintes itens: género do dador, género do receptor; idade do receptor, grau de parentesco; tipo de transplante; AB0/RH incompatibilidade; origem das PBSC; condicionamento; DMSO infundido; reações a transfusão, relação volume/peso, relação peso/volume/hora relação; tipo de sangue do dador e tipo de sangue do receptor.
Resultados	As reacções podem ocorrer com produtos frescos ou com crioperservante, quer seja de PBSC ou MO, mesmo quando infundido dentro do ritmo recomendado.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros deve realizar uma monitorização de todo o processo de infusão para despiste rápido de sintomas e reações adversas
Nível de Evidência	Nível V

Quadro 10 - Artigo 5

Título	Sleep Disturbance in Hospitalized Recipients of Stem Cell Transplantation
Autor	Boonstra, L., Harden, K., Jarvis, S., Palmer, S., Kavanaugh-Carveth, P., Barnett, J. , Friese, C.
Publicação	Clinical Journal of Oncology Nursing
Ano	2011
Objetivo	Identificar o grau de distúrbios do sono das pessoas submetidas a transplante de PBSC, identificar os fatores que contribuem para a diminuição da capacidade de atenção e comparar as diferenças de distúrbios do sono entre a idade, sexo, tipo de transplante, nível inicial de distúrbio do sono em oposição à readmissão por complicações associadas ao transplante.
Método	Estudo descritivo e retrospectivo
Participantes	69 pessoas submetidas a transplante de PBSC
Intervenção	Realizaram avaliação das perturbações do sono, aplicando Pittsburgh Sleep Quality Index e o Índice de Gravidade Insónia. A colheita de dados ocorreu no 14º dia de internamento. ou logo após, sendo um reflexo das duas semanas anteriores do internamento.
Resultados	As pessoas referiram que as principais situações que interrompem o sono são idas à casa-de-banho, interrupções do pessoal, sintomas físicos, ruído e ansiedade (relativa ao transplante, resultados, etc, assim como em relação aos pais, filhos, cônjuge).
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem desenvolver estratégias para reduzir as interrupções do sono e aumentar a QV dos doentes.
Nível de Evidência	Nível V

Quadro 11 - Artigo 6

Título	Discharge and Unscheduled Readmissions of Adult Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Implications for Developing Nursing Interventions
Autor	Grant, M., Cooke, L., Bhatia, S., Forman, S.
Publicação	Oncology Nursing Forum
Ano	2005
Objetivos	Descrever os padrões da alta e do reinternamento em adultos submetidos a PBSC. Identificar implicações para a prática de enfermagem de resultados da pesquisa da literatura que podem melhorar as condições dos pacientes durante e após a alta hospitalar inicial.
Método	Revisao de dados e revisão da literatura.
Participantes	100 pacientes adultos submetidos a transplante de PBSC nos primeiros seis meses de 2000.
Intervenção	Investigador criou ferramenta de colheita de dados para revisão retrospectiva, colhendo dados sobre três áreas: demográficas, clínicas e de reinternamento nos primeiros seis meses após a alta.
Resultados	Os resultados indicam que os receptores de transplantes alogénicos são uma população mais vulnerável em relação a infecções e reinternamentos.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem aumentar os ensinios na preparação para a alta e promover um melhor acompanhamento dos doentes após o transplante.
Nível de Evidência	Nível V

Quadro 12 - Artigo 7

Título	Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice.
Autor	Garbin, L., Silveira R., Braga F., Carvalho, E.
Publicação	Revista Latino Am. Enfermagem
Ano	2011
Objetivos	Identificar e avaliar as evidências disponíveis sobre o uso de filtros de ar de alta eficiência (HEPA), isolamento protetor e máscaras para prevenção de infecção em pacientes submetidos ao transplante de PBSC, durante o internamento.
Método	Revisão Sistemática da Literatura
Participantes	15 artigos da RSL:
Intervenção	Revisão dos artigos relativamente a ao uso de filtros HEPA, uso de máscara e recurso a isolamento protetor.
Resultados	Artigos revelam evidência científica forte para utilização de filtros HEPA. Artigos referem que não há evidência científica forte para isolamento protetor nem para a utilização de máscara.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem adequar medidas de isolamento e equipamento de protecção individual de acordo com as diretrizes do CDC e tipo de transplante, com o intuito de diminuir o risco de infecção.
Nível de Evidência	Nível I

Quadro 13 - Artigo 8

Título	A Pilot Study of Activity Engagement in the First Six Months After Stem Cell Transplantation.
Autor	Lyons, K., Hull, J., Root, L., Kintis, E., ARNP, Schaal, A., Stearns, D., Williams, I., Meehan, K., Ahles, T.
Publicação	Oncology Nursing Forum
Ano	2011
Objetivos	Descrever o padrão de recomeço da atividade física nos primeiros seis meses após o transplante de PBSC.
Método	Estudo longitudinal, descritivo.
Participantes	18 homens e 18 mulheres submetidos a transplante de PBSC, sendo 83% autólogos e 17% alogénicos.
Intervenção	Os participantes foram entrevistados 30 dias, 100 dias e seis meses após a Transplante de PBSC. Utilizada estatística descritiva exploratória por modelo linear misto com variáveis tempo,gênero e da interação entre tempo e gênero.
Resultados	Os participantes geralmente realizavam 49% das suas atividades habituais 30 dias após o transplante, 70% das suas atividades de 100 dias após o transplante, e 77% das suas atividades seis meses após o transplante. A reabilitação pode ser mais útil no período de 100 dias a seis meses, quando os níveis de actividade estabilizam. A recuperação da atividade física pode ser diferente para homens e as mulheres.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem promover a satisfação dos doentes e o incentivo a um aumento do envolvimento das pessoas nas suas atividades diárias para conduzi a um aumento na reabilitação física durante a recuperação pós TMO.
Nível de Evidência	Nível V

Quadro 14 - Artigo 9

Título	Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation
Autor	Brown, M.
Publicação	Nursing Standard
Ano	2010
Objetivos	Descrever as intervenções de enfermagem importantes na prevenção de infecções em doentes submetidos a transplante alogénico de PBSC.
Método	Revisão de intervenções por especialistas na área.
Participantes	Enfermeiros que prestam cuidados a doentes submetidos a transplante de PBSC.
Intervenção	Descrição de intervenções de enfermagem importantes na prevenção de infecções na preparação para o transplante, durante e após. Descrição das várias etapas que a pessoa submetida a transplante de PBSC atravessa, realçando estratégias para a enfermagem.
Resultados	O transplante alogénico é um procedimento importante e a utilização de quimioterapia e radioterapia para preparar o paciente para o transplante torna-o altamente vulnerável a infecções. As infecções são ainda a principal causa de morte nesse grupo de pacientes e há necessidade de aumentar as competências de avaliação, aprofundar conhecimentos e melhorar a experiência clínica dos enfermeiros permanece fundamental na área de específica do transplante alogénico de PBSC.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros apresentam um papel fundamental na prevenção e tratamento de infecções na preparação, durante e no pós TMO.
Nível de Evidência	Nível V

RSL Família

Durante a realização da RSL, ao introduzir a palavra-chave *Family* ou *Caregivers* juntamente com as palavras-chave da RSL anterior não obtinha qualquer resultado, o que me obrigou a realizar uma outra pesquisa paralela, baseada na pergunta de investigação PIC(O): “*Quais as intervenções de enfermagem importantes (I) que promovem o acompanhamento de enfermagem (O) à família da pessoa com doença oncológica (P)?* Extraí as palavras-chave: *Nursing Interventions AND Family AND Cancer NOT Palliative Care*. Estas foram introduzidas nas mesmas bases de dados científicas, obtive 179 artigos e apenas foram escolhidos os que apresentavam texto integral e o mesmo período de tempo, resultando em 31 artigos. Estes foram sujeitos aos mesmos critérios de inclusão e de exclusão, identificados no Quadro 4, obtendo no final 5 artigos.

.

Quadro 15 - Artigo 1

Título	Put Evidence Into Practice to Manage Caregiver Strain and Burden
Autor	Becze, E.
Publicação	ONS Connect
Ano	2008
Objetivo	Descrever as reações que a família e os cuidadores da pessoa com doença oncológica atravessam.
Método	Revisão da literatura.
Participantes	20 estudos de enfermeiros que prestam cuidados a familiares e cuidadores de pessoas com doença oncológica.
Intervenção	Os enfermeiros descrevem intervenções psicoeducacionais, intervenções na área da psicoterapia e intervenções de apoio e ensino, intervenções multifactoriais com recurso à combinação de competência, psicoterapia e apoio multiprofissional.
Resultados	Através das intervenções na área da psicoterapia, educação e ensino, realizadas por enfermeiros especialistas na área, há um alívio na sobrecarga dos familiares e cuidadores
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros representam um papel fundamental no cuidado aos familiares e cuidadores, através de um acompanhamento psicoeducativo e psicoterapeuta, de modo a aliviar a sobrecarga dos familiares e cuidadores.
Nível de Evidência	Nível V

Quadro 16 - Artigo 2

Título	Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden
Autor	Honea, Norissa J.; Brintnall, RuthAnn; Given, Barbara; Paula Sherwood; Colao, Deirdre; Somers, Susan C ; Northouse, Laurel L.
Publicação	Clinical Journal of Oncology Nursing
Ano	2008
Objetivos	Desenvolver uma abordagem baseada em evidências para a avaliação e alívio da tensão e sobrecarga do cuidador da pessoa com doença oncológica.
Método	Revisão Sistemática da Literatura
Participantes	Enfermeiros que prestam cuidados aos cuidadores de pessoas com doença oncológica.
Intervenção	Os enfermeiros descrevem intervenções de alívio da tensão e sobrecarga dos cuidadores tais como: intervenções psico-educacionais, intervenções de apoio, psicoterapia, intervenções cognitivo-comportamentais, massagem, toque, alívio da prestação de cuidados.
Resultados	Cuidadores das pessoas com doença oncológica, enfrentam desafios substanciais nas suas funções de cuidado, apesar da escassez de intervenções baseadas na evidência que possam ser aplicados à prática. As intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros permitiram aliviar a sobrecarga dos cuidadores.
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem prosseguir os seus esforços para explorar e testar intervenções destinadas a reduzir a tensão ou sobrecarga nos cuidadores, utilizando ferramentas que possam demonstrar sensibilidade ao sofrimento no cuidador.
Nível de Evidência	Nível I

Quadro 17 - Artigo 3

Título	Caring for Caregivers on the Cancer Journey
Autor	Gaguski, Michele
Publicação	ONS Connect
Ano	2008
Objetivos	Descrever intervenções de prática baseada na evidência, desenvolvidas por especialistas na área do cuidados aos cuidadores de pessoas com doença oncológica e descrever as investigações que estão a ser realizadas na área.
Método	Estudo Descritivo.
Participantes	Enfermeiros que prestam cuidados aos cuidadores de pessoas com doença oncológica.
Intervenção	Os enfermeiros descrevem intervenções de cuidado na sobrecarga dos cuidadores, como intervenções de apoio através da informação de quais as instituições importantes na área oncológica que podem apoiar os cuidadores, ,
Resultados	Ao saberem quais os recursos que as famílias e cuidadores têm, estes podem aliviar a sua sobrecarga e o seu sofrimento.
Implicações para a Enfermagem	Cuidadores frequentemente recorrem às enfermeiras para o ensino de como devem cuidar melhor e apoiar os seus entes queridos. Os enfermeiros deve prosseguir os seus esforços para explorar e testar intervenções destinadas a reduzir a tensão ou sobrecarga nos cuidadores. Os enfermeiros devem partilhar informação das suas pesquisas para melhorar o cuidado aos cuidadores.
Nível de Evidência	Nível V

Quadro 18 - Artigo 4

Título	Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review
Autor	Mattila, Elina; Leino, Kaija; Paavilainen, Eija; Åstedt-Kurki, Paäivi
Publicação	Nordic College of Caring Science
Ano	2009
Objetivos	Realizar uma revisão sistemática da literatura, sobre estudos de intervenção de enfermagem em pacientes e familiares.
Método	Revisão Sistemática da Literatura
Participantes	31 artigos de intervenções sobre intervenção de enfermagem em pacientes e familiares
Intervenção	Os especialistas descrevem intervenções de cuidado na sobrecarga dos cuidadores, como intervenções de apoio através da informação de quais as instituições importantes na área oncológica que podem apoiar os cuidadores, ,
Resultados	As intervenções estão focadas em pacientes com doenças crônicas e seus familiares. Além de do paciente, dirigem-se a um membro da família. O contexto mais amplo de família não é considerada. Além dos componentes de suporte, as intervenções incluem vários elementos de aconselhamento, ensino e educação. Intervenções são baseadas nos participantes e na participação activa e aprendizagem, para criar estratégias individuais de ação para diferentes situações. As intervenções não são projetados para atingir objetivos económicos, tais como uma redução na utilização de cuidados de serviços de saúde.
Implicações para a Enfermagem	O desafio para o futuro é alargar o âmbito e aplicação de intervenções de enfermagem em ambientes diferentes. Avaliações da eficácia das intervenções devem ser consideradas, assim como a sua adaptação, implementação e manutenção na prática de enfermagem.
Nível de Evidência	Nível I

Quadro 19 - Artigo 5

Título	The Caregiving Journey for Family Members of Relatives With Cancer: How Do They Cope?
Autor	Northfield, Sarah; Nebauer, Monica.
Publicação	Clinical Journal of Oncology Nursing
Ano	2010
Objetivos	Realizar uma revisão da literatura, sobre as estratégias de coping utilizadas por familiares cuidadores em períodos específicos ao longo da trajetória da doença, que podem otimizar ou dificultar a recuperação pessoal.
Método	Revisão da Literatura
Participantes	Familiares cuidadores de pessoas com doença oncológica.
Intervenção	Os especialistas descrevem intervenções de cuidado na sobrecarga dos cuidadores, como intervenções de apoio através da informação de quais as instituições importantes na área oncológica que podem apoiar os cuidadores, ,
Resultados	As estratégias de coping são adequadas à sua capacidade para lidar com o sofrimento e são potenciadas na presença do enfermeiro como uma pessoa de suporte. A experiência de cuidar é dependente de muitos fatores, tais como o género, formação cultural, as relações e os papéis na família, semelhantes aos da pessoa que cuidam. Há pouca evidência sobre como fornecer às famílias apoio espiritual ao cuidar de um ente querido com doença oncológica. Os Enfermeiros em Oncologia têm uma influência significativa sobre a família e sobre a capacidade de sobreviver e evoluir ao longo da experiência do tratamento da doença oncológica. O tratamento da doença oncológica deve tornar-se mais orientado para a família e considerar as necessidades e envolvimento do cuidador principal
Implicações para a Enfermagem	Os enfermeiros devem investir na melhoria da compreensão dos factores de stress e das necessidades não satisfeitas associados ao cuidar, sendo fundamental para o desenvolvimento de intervenções eficazes centradas na família.
Nível de Evidência	Nível V.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Becze, E. (2008). Put Evidence Into Practice to Manage Caregiver Strain and Burden. *ONS CONNECT*, 18-19.
- Boonstra, L., Harden, K., Jarvis, S., Palmer, S., Kavanaugh-Carveth, P., Barnett, J., & Friese, C. (2011). Sleep Disturbance in Hospitalized Recipients of Stem Cell Transplantation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 271-276.
- Brown, M. (2010). Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Nursing Standard*, 47-56.
- Curcioli, A. C., & Carvalho, E. (2010). Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 716-724.
- Gaguski, M. (2008). Caring for Caregivers. *ONS CONNECT*, 10-14.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.
- 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*, E1-E8.
- Hacker, E. D., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., & Dieterle, N. (2006). Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Oncology Nursing Forum*, 614-624.
- Hacker, E., Larson, J., & Peace, D. (2011). Exercise in Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Lessons Learned and Results From a Feasibility Study. *Oncology Nursing Forum*, 216-223.
- Honea, N., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D., Somers, S., & Northouse, L. (2008). Putting Evidence Into Practice: Nursing Assessment and Interventions to Reduce Family Caregiver Strain and Burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 507-516.

-
- Lyons, K., Hull, J., Root, L., Kimtis, E., Schaal, A., Stearns, D., . . . Ahles, T. (2011). A Pilot Study of Activity Engagement in the First Six Months After Stem Cell Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 75-83.
- Mattila, E., Leino, K., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2009). Nursing intervention studies on patients and family members: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 611-622.
- Muir Gray, J. (2004). *Evidence Based Healthcare. How to Make Health Policy and Management Decisions*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Northfield, S., & Nebauer, M. (2010). The Caregiving Journey for Family Members of Relatives With Cancer: How Do They Cope? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 567-577.
- Schulmeister, L., & Mayer, K. (2005). Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation. *Oncology Nursing Forum*, 57-67.

APÊNDICE II - Estudo de Caso I



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Estudo de Caso I

*Acompanhamento de Enfermagem à
pessoa submetida a Transplante de
Medula Óssea e à sua família*

Vanda Cristina Lopes Ferreira nº 4044

Lisboa

Novembro de 2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Vertente Enfermagem Oncológica

Estudo de Caso I

*Acompanhamento de Enfermagem à
pessoa submetida a Transplante de
Medula Óssea e à sua família*

Vanda Cristina Lopes Ferreira nº 4044

Lisboa

Novembro de 2012

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIT – Acidente Isquémico Transitório

ARA-C – Citarabina

ATO – Trióxido de Arsénio

BuCy – Esquema de condicionamento composto por Bussulfan e Ciclofosfamida

CFF – Ciclofosfamida

DMSO – Dimetilsulfóxido (criopreservante das PBSC)

EBMT - European Group for Blood and Marrow Transplantation – Grupo Europeu de Transplantação de Medula Óssea

E. coli - *Escherichia coli*

EONS - European Oncology Nursing Society – Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica

HTA – Hipertensão Arterial

LCR – Líquido cefalo-raquidiano

LMA-M3 – Leucemia Promielocítica Aguda

MTX – Metotrexato

PCR – Proteína C-Reativa

PBSC - Peripheral blood stem cells (células sanguíneas pluripotentes periféricas)

PL – Punção Lombar

QT - Quimioterapia

RMN-CE – Ressonância Magnética Craneo-encefálica

RT-CE – Radioterapia Craneo-encefálica

SNC – Sistema Nervoso Central

TMO – Transplante de Medula Óssea

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VAS - Visual Analogic Scale – Escala Visual Analógica

ÍNDICE

	Pág
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
INTRODUÇÃO	6
1 - DESCRIÇÃO DO CASO	7
2 - FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS	11
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar o seguinte Estudo de Caso, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que está a decorrer no no Estágio I, na Instituição I, sob a orientação da Professora Eunice Sá e da Enfermeira Orientadora deste local.

O estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social, que pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização. (Fortin, 2009)

Neste estudo de caso tenho como objetivo utilizar o quadro concetual de Kolcaba (2003) para abordar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea (TMO) e demonstrar a fundamentação dos cuidados prestados, de modo a desenvolver competências especializadas de enfermagem no Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família e, consequentemente, desenvolver competências especializadas na área da Enfermagem Oncológica.

Começo pela exposição do caso clínico com a respetiva colheita de dados; pela fundamentação teórica dos cuidados prestados com análise do caso segundo o quadro concetual de Kolcaba e pelas considerações finais que incluem a reflexão e discussão do caso clínico apresentado.

.

1 - DESCRIÇÃO DO CASO

O J.P.P.M. tem 21 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, seguido na Instituição I desde 28 de Abril de 2010 por apresentar diagnóstico de LMA-M3 (Leucemia Promielocítica Aguda). Foi internado no local de Estágio I, na Unidade de Transplantação, para realizar condicionamento para Transplante Autólogo de PBSC (peripheral blood stem cells)

Natural dos Açores, da ilha Terceira, onde reside com os pais e com o irmão mais novo. Estudante de Engenharia Informática na Universidade da Beira Interior – Covilhã, desde Outubro 2010. Tem como antecedentes pessoais obesidade com 125 kg, sem outros relevantes. Não tinha tido internamentos anteriores antes do diagnóstico de LMA-M3.

Para compreendermos o percurso de doença que o J.M. teve e podermos realizar um acompanhamento de enfermagem eficaz, importa conhecer a sua história clínica pré-TMO, obtida através do processo clínico e conversas informais com Equipa multidisciplinar da UTM.

Historia Pré-TMO:

Apresentou queixas de diarreia e vômitos com três semanas de evolução, tendo recorrido ao Serviço de Urgência do Hospital da Cova da Beira. Realizou colheita de sangue periférico que revelou anemia, leucocitose, trombocitopénia grave, aumento da PCR (proteína C-reativa) e 43% de promieloblastos. Por suspeita de Leucemia Promielocítica Aguda foi transferido para a Instituição I. Após confirmação do diagnóstico de LMA-M3, colocou CVC (cateter venoso central) com reservatório subcutâneo na subclávia direita e iniciou QT (quimioterapia) de indução no Serviço de Hematologia da Instituição I. Como complicações decorrentes da QT de indução apresentou hematoma subdural fronto-temporo-parietal, que foi resolvido com suporte transfusional reabsorvendo na totalidade. Ficou em remissão completa após a indução e realizou 3 ciclos de consolidação de acordo como o protocolo da

Instituição. pelo que em Setembro de 2010 iniciou terapêutica de manutenção. Em Outubro de 2011, durante o 14º ciclo de manutenção, teve um episódio transitório de disartria e parésia braquial esquerda, interpretado como Acidente Isquémico Transitório (AIT), associado à obesidade e à Hipertensão Arterial (HTA) que apresentou ao longo do internamento. Assintomático até 11 de Dezembro de 2011, quando voltou a ter novo episódio transitório de disartria e hemiparésia esquerda. Após este episódio manteve queixas de cefaleias occipitais e cervicalgias, pelo que realizou RMN-CE (Ressonância Magnética Craneo-encefálica) que revelou alteração de sinal nos sulcos corticais, mais acentuada na região parietal direita e em alguns sulcos temporais. Fez PL (punção lombar) exploratória que revelou recaída da doença no SNC (sistema nervoso central), tendo iniciado QT intratecal duas vezes por semana com MTX (metotrexato), ARA-C (citarabina) e Prednisolona. Associou-se (ATO) trióxido de arsénio endovenoso. Colocou reservatório de Ommaya a 23 de Janeiro de 2012 sem complicações para administração da QT intratecal. Cumpriu 35 dias de ATO e teve negatificação do LCR (líquido cefalo-raquidiano) após a décima administração de QT intratecal, tendo feito no total 14 administrações bisemanais. Fez RMN-CE dia 15 de Fevereiro para reavaliação que não revelou alterações anómalas nos sulcos corticais cerebrais.

Iniciou QT de consolidação com ARA-C de alta dose tendo como consequência neutropénia febril, com sépsis a *E. coli* (*Escherichia coli*). Teve também pneumonia do lobo inferior direito, sob antibióticos, a situação agravou e teve de ser transferido para a UCI (Unidade de Cuidados Intensivos) a 15 de Março de 2012 onde permaneceu até 19 do mesmo mês apenas com ventilação não invasiva. Retomou a QT intratecal e iniciou RT CE (radioterapia craneo-encefálica) e teve novamente agravamento do quadro neurológico e respiratório, tendo sido excluída doença hematológica e assumida toxicidade neurológica e pneumonia a *Pneumocystis carini*, que reverteu com Cotrimoxazol e corticoides. Fez 2º ciclo de ARA-C de alta dose sem intercorrências. Manteve sempre necessidade de manter a ventilação não invasiva noturna.

Devido à gravidade da doença e da sua situação clínica, foi proposto e aceite para realizar TMO autólogo, pelo que realizou colheita de PBSC sem incidentes. Fez

avaliações pré-TMO, mantendo nas provas de função respiratória algum compromisso moderado da difusão, mas sem repercussões nas trocas gasosas.

Colocou CVC na subclávia esquerda de 2 lúmens a 26 de Setembro de 2012 e dá entrada na Unidade nesse dia para realizar condicionamento com BuCy (Bussulfan e Ciclofosfamida) para Auto-TMO.

Consulta de Enfermagem Pré-TMO:

A consulta de Enfermagem pré-TMO é realizada no Hospital de Dia da Unidade e tem como objetivo preparar a pessoa e a sua família para o internamento, condicionamento e aspetos inerentes ao TMO, através dos ensinamentos de enfermagem. Esta consulta de enfermagem foi prévia ao meu estágio, a 25 de Setembro de 2012, um dia anterior à sua entrada na unidade. De acordo com a consulta dos registos e conversas informais com a Equipa de Enfermagem e Enfermeira Orientadora, é feita uma avaliação de Enfermagem e identificação das necessidades da pessoa e da sua família. Em todos os parâmetros identificados na avaliação de enfermagem do J. M. foi escrito “sem alterações”, pelo que foi difícil avaliar as necessidades de conforto do J. M. antes do TMO. Há referência aos antecedentes de obesidade e HTA medicada e dá uma breve informação sobre o percurso de doença do J. M.. Está registado que a pessoa significativa, e que o tem acompanhado neste percurso de doença, é a sua mãe (C.M.), e que na altura da consulta estão a viver no Lar de Doentes da instituição I. Foi entregue o Guia “O meu transplante”. É protocolo depois da Consulta de Enfermagem realizar uma visita à unidade, que o J. M. fez acompanhado pela sua mãe, onde pôde compreender melhor alguns dos ensinamentos de Enfermagem realizados.

Muitos dos Ensinamentos de Enfermagem que são realizados não ficam registados, o que compromete a passagem da informação entre os serviços e reduz a visibilidade dos cuidados de enfermagem e a sua importância no acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Assim torna-se pertinente verificar que preparação de Enfermagem foi realizada ao J. M. e à sua mãe e de que forma assimilou a informação apresentada. É de extrema importância avaliar as suas necessidades de conforto, de modo a promover

um acompanhamento de enfermagem eficaz nos dias subsequentes durante o internamento na unidade e na preparação para a alta.

Comecei a acompanhar o J. M. no turno da manhã de 2 de Outubro. Foi passado nas ocorrências do turno anterior que estava calmo, sem queixas álgicas, que mantinha hidratação e mesna correspondentes à CFF (Ciclofosfamida), que tinha sido administrada 1f de furosemida devido a aumento de peso e que apresentava sinais vitais estáveis. A informação transmitida não me permitiu conhecer o J. M. e decidi pesquisar o seu processo clínico e realizar perguntas à Enfermeira Orientadora antes de um primeiro contacto.

Após reunir alguma informação anterior que me permitisse conhecer a sua história de doença atual, decidi entrar no quarto para melhor conhecer o J. M. O primeiro contacto é difícil, não há relação prévia de base e era apenas mais uma pessoa que entrava de máscara, touca e bata no seu quarto. Apresentei-me, junto com a Enfermeira Orientadora, e logo percebi que o J. M. é introvertido, pouco comunicativo, mas com bom contacto quando abordado. Estava constantemente no seu computador portátil, com olhar dirigido ao ecrã, e aparente concentração. A conversa foi curta, ainda não havia estabelecimento de uma relação de confiança e não quis forçar ou impor a minha presença. Com o passar dos dias, a relação de ajuda foi-se estabelecendo, o J.M. já me colocava questões e senti que havia também uma relação de confiança. O estabelecimento desta relação de confiança foi facilitador para olhar de forma holística para o J. M. e receber o seu *feedback*. A expressão “estar em relação” tem todo o sentido na comunicação com a pessoa cuidada e no estabelecimento de uma relação de ajuda, através do estabelecimento de uma relação de confiança e que fomente uma aliança terapêutica com o outro. (Phaneuf, 2005)

2 - FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS

Para desenvolver uma prática de cuidados baseado em evidência, é importante fundamentar os cuidados prestados com orientações científicas de especialistas na área.

O primeiro contacto com a pessoa é sempre uma partida para o desconhecido, vamos de encontro a uma pessoa que não conhecemos, com a sua personalidade, gostos e forma de estar. Estabeleci um primeiro contacto, sem grande troca e partilha de informação. Ao longo do tempo, e no sentido de o conhecer, tentei compreender a sua maneira de ser, os seus gostos, o que o deixa desconfortável, quais as suas necessidades de conforto ou desconfortos e procurei saber que intervenções lhe podem proporcionar esse conforto.

O recurso à escuta ativa desenvolvida numa entrevista de ajuda fomenta a relação com a pessoa. Incentivei o J.M a falar sobre si, sobre as suas preocupações e medos, a expressar-se sobre os seus gostos, o que permitiu conhecer melhor estes aspetos da sua vida e perceber o contexto dos seus desconfortos tornando o meu acompanhamento de enfermagem dirigido à sua individualidade e pessoa. Para Lazure (1994), a relação de ajuda tem como objetivo, através da comunicação, dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber e escolher por si. A escuta constitui o pano de fundo das atitudes de receptividade e de partilha fundamentais na comunicação e consequentemente na relação de ajuda. (Phaneuf, 2005)

O J.M. é introvertido ao primeiro impacto, mas depois consegui perceber que está confortável no seu próprio espaço, no seu mundo. Sente apoio na sua família, sendo a sua relação com a mãe um porto seguro para sentir-se confortável em momentos difíceis. Falou-me do seu pai, que por razões laborais e económicas não se pode deslocar constantemente dos Açores até Lisboa para o visitar. O J.M. referiu que algumas vezes sente que está a sobrecarregar os pais, pois a mãe está afastada do irmão, que está a ter um desempenho mais pobre na escola e que precisava de a ter

por perto. Também referiu que a mãe deixou de trabalhar para o acompanhar e tem bem presente as dificuldades económicas que os pais atravessam e falou sobre elas.

Conheci a mãe do J. M. a Sr^a C. M. que se mostrou sempre prestável para atuar em parceria com a prestação de cuidados de enfermagem, com o intuito de contribuir para que o seu filho ficasse melhor. Também ela é introvertida no primeiro contacto, mas através de uma comunicação eficaz, com recurso a uma escuta ativa e disponibilidade, estabeleci uma relação terapêutica, baseada na confiança adquirida, que lhe permitiu falar de si, da sua família e das repercussões económicas e emocionais que a doença do J. M. teve na sua família. Disse-lhe que existem vários apoios disponíveis à pessoa com doença oncológica e à sua família. Esta família já tem apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro e neste momento estava a viver num Lar de Doentes Instituição I. Tem apoio da assistente social que lhe conseguiu ajuda monetária para ajudar nas passagens de avião e em medicamentos e que isso tudo tem sido “uma ajuda preciosa”, segundo C. M.. Falei também da psicóloga da unidade, que também dá apoio ao Serviço de Hematologia onde o J. M. esteve internado, já a conheciam e ambos têm sido seguidos por ela.

Relativamente à Universidade, tanto o J. M. como a mãe referem que os professores estão a par da situação da sua doença, e têm ajudado ao facilitar adiamento de exames e fornecer material de apoio. Mas o J. M. refere sentir-se desconfortável por não poder estar presente e a estudar. Quer muito voltar à Universidade e ao convívio com os seus colegas. Quer ser produtivo e entrar no mercado de trabalho para poder ajudar economicamente a sua família.

Perguntei-lhe que aspetos realça da consulta de enfermagem pré-TMO que teve no Hospital de Dia e referiu que a consulta foi importante pois assim conseguiu saber que pertences eram permitidos trazer para o quarto, quais as regras na unidade e a importância das regras de isolamento. Achou a visita à unidade muito importante e à primeira vista gostou da decoração do quarto, não ficou contente com a falta de casa-de-banho, gostou do plasma na parede e de ter a autonomia de poder fechar e abrir os estores. Dos ensinamentos realizados na Consulta de Enfermagem Pré-TMO, destaca que os que melhor recorda são sobre os cuidados relativos à alimentação

pois é um aspeto que dá muito ênfase, falou das rotinas do serviço e das regras a cumprir. Aqui consegui constatar que os ensinamentos de enfermagem pré-TMO são do agrado de quem os recebe e que são de extrema importância, mas este aspeto não se reflete nos registos. Na consulta de enfermagem pré-TMO é preenchida a folha de colheita de dados da Unidade, e na alimentação não vem nada registado sobre esta sua necessidade de conforto. Necessita de realizar ventilação não invasiva durante a noite e na área da respiração vem escrito “sem alterações”.

Refere que foi recebido na unidade por uma enfermeira que realizou o protocolo de admissão, onde foram reforçados os ensinamentos da Consulta de Enfermagem e realizados novos ensinamentos sobre as normas e funcionamento do serviço. O J. M. refere que a enfermeira explicou a si e à sua mãe, todos os pormenores na entrada para o quarto e que acabou compreendeu o funcionamento da unidade nessa altura, tendo ficado integrado nas regras e funcionamento do serviço.

No que diz respeito à QT, os efeitos que sentiu até à altura era semelhantes aos que sentiu anteriormente, mas refere sentir desconforto intenso com as náuseas, vômitos e a mucosite. No que se refere às náuseas e vômitos, durante o condicionamento com CFF e Bussulfan foi administrado aprepitant¹ e granisetron² de esquema segundo o protocolo da unidade. O Bussulfan apresenta um potencial emético muito baixo (<10%), em oposição a CFF apresenta um potencial emético alto (60-90%) em doses reduzidas e muito alto (>90%) em doses elevadas. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

De acordo com Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro (2005), os doentes submetidos a QT referem que as náuseas e os vômitos são os efeitos secundários mais frequentes e mais desconfortáveis. As perturbações provocadas por estes sintomas envolvem aspetos físicos mas também psicológicos e sociais. O fato de não se conseguir alimentar e de não conservar a alimentação no estômago pode gerar stress. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005) Pelas palavras do J. M., das atividades que mais lhe causa conforto é comer, daí ele reforçar que chegou à obesidade por não conseguir controlar esse impulso. Refleti sobre este aspeto e

¹ **Aprepitant** – fármaco antiemético antagonista dos recetores 5-HT₃, indicado na prevenção das náuseas tardias e vômitos associados com a quimioterapia moderada a severamente emetogénica. (Infarmed, 2012)

² **Granisetron**- fármaco antiemético antagonista dos recetores 5HT₃, indicado nas náuseas e vômitos induzidos pela QT. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

nas entrelinhas percebi que sofria com a obesidade, sentido-se mais triste ainda com a alteração da auto-imagem provocada pela alopecia. Para o J. M. constatar que a sua necessidade de obter conforto através da alimentação estava alterada causou-lhe muito sofrimento, angústia e ansiedade, referia que se sentia frustrado e ansioso por não conseguir comer. Pedia sempre o prato principal às refeições, tentava comer, mas por vezes acabava por vomitar e ficava frustrado. Sugeri-lhe que fizesse uma dieta fracionada, que evitasse beber líquidos durante as refeições, fazer suplementos alimentares e dieta fria. Também sugeri não deixar entrar o prato no quarto para evitar cheiros intensos e que cumprisse uma correta higiene oral, pois estava relutante em realizar a higiene oral sempre após todas as refeições. O J. M. decidiu adotar estas pequenas estratégias não farmacológicas para ajudar a controlar o seu desconforto, tendo sido eficaz durante o condicionamento. Alimentou-se de dieta fracionada fria e fazia deste modo as pequenas refeições. Surgiu a náusea tardia e houve também necessidade de administrar metoclopramida³ 40mg até 3xdia, antes das principais refeições. Este fármaco começou a ter mais efeito, então em parceria com o J. M. ficou combinado que 30 minutos antes da refeição ele pedia o fármaco para ajudar no controlo da náusea e teve efeito. Passados dois dias de instituído este esquema terapêutico o J. M. alimentava-se a todas as refeições, em pequena quantidade e tolerava com agrado.

A data do TMO estava a aproximar-se e o J. M. sentiu necessidade de esclarecer dúvidas sobre o procedimento, de sentir-se confortável com a infusão de PBSC que teria de ser realizada e pediu-me que lhe explicasse. Diz ter recebido informação sobre o TMO, mas perto da data refere que ficou nervoso e ansioso com o procedimento. Refleti sobre a minha prática de cuidados e sobre este aspeto em particular, de como estamos habituados a prestar cuidados à pessoa submetida a TMO, já realizamos muitos desses procedimentos, mas para aquela pessoa aquele é o seu TMO, único, uma oportunidade e temos de dar ênfase a esta questão e permitir que a pessoa sinta estes sentimentos que são adequados a alguém que vê no TMO a sua hipótese de cura. Será que permiti sempre que as pessoas falassem sobre este seu medo face ao TMO?. Refleti sobre a minha prática, de modo a

³ **Metoclopramida**- fármaco antiemético, provoca um bloqueio nos recetores da dopamina, inibindo as náuseas e os vômitos induzidos por QT e RT. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

repensar uma estratégia e a minha intervenção inicial foi, após saber que informação o J. M. tinha sobre o TMO, completá-la e tornar a sua ideia o mais semelhante à realidade através de linguagem acessível, proporcionando informação que lhe permitisse sentir tranquilidade face a este aspeto. Expliquei que no Transplante Autólogo, como as PBSC são colhidas previamente, há necessidade de criopreservar a colheita e que as células serão descongeladas no momento da infusão, já na unidade. De acordo com Curcioli & Carvalho (2010) devido ao prolongado tempo de armazenamento e da necessidade de manter a viabilidade celular, a criopreservação é necessária. Realizei ensino acerca do momento da infusão das PBSC, realizada através do seu CVC. Segundo a literatura, a infusão das células deve ser imediata ao seu descongelamento que é realizado em banho maria a 37°C. Abordei as questões relacionadas com as complicações de uma infusão com criopreservante das PBSC, referi-as de forma generalizada para não aumentar a sua ansiedade. Os enfermeiros que administram infusão de PBSC criopreservadas devem conhecer as reações descritas na literatura, que incluem alterações cardíacas, dispneia, náuseas, vômitos, reações alérgicas, hipertensão, hipotensão, tremores, febre, dor torácica, sensação de constrição na laringe, cólicas abdominais e exalação de um odor característico de 24-35 horas. (Curcioli & Carvalho, 2010) Os centros de transplantação de medula óssea administram pré-medicação antes da infusão para minimizar o desconforto, tais como corticoides e/ou antihistamínicos. (Curcioli & Carvalho, 2010) No caso do J. M. fez como pré-medicação endovenosa 2mg de clemastina⁴, 20mg de metoclopramida e 390mg de hidrocortisona⁵.

Expliquei ao J.M. que durante todo o procedimento será acompanhado por um enfermeiro que tem competências e conhecimentos científicos para poder ajudá-lo e despistar qualquer alteração e agir de imediato. Segundo Curcioli & Carvalho (2010), durante a infusão, os enfermeiros devem monitorar os sinais vitais, saturação de oxigénio, sintomas de sobrecarga de líquidos, reação hemolítica aguda, reação ao DMSO⁶ (dimetilsulfóxido), reação alérgica ou anafilática. Se uma reacção é

⁴**Clemastina**- medicamento antialérgico, anti-histamínico. (Infarmed, 2012)

⁵**Hidrocortisona** – glucocorticoide indicado em casos de reações de hipersensibilidade e choque anafilático. (Infarmed, 2012)

⁶**DMSO**- dimetilsulfóxido, criopreservante adicionado ao saco que contém PBSC para evitar a formação de cristais intracelulares. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

identificada, o enfermeiro deve reduzir ou parar a infusão, comunicar imediatamente ao médico, e administrar medicamentos e oxigénio, se necessário (Curcioli & Carvalho, 2010) O Transplante do J.M. foi no dia 4 de Outubro de 2011, decorreu sem incidentes e, de acordo com os registos de enfermagem, estava calmo e colaborante durante o procedimento.

O J. M. referiu que inicialmente estava assustado com tanta proteção, tantas medidas de isolamento, mas que lhe foi explicado a necessidade destas medidas de isolamento. Reforcei o ensino sobre estas medidas, justificando-as, o que ajudou a que adaptasse melhor ao isolamento. Foi feito ensino sobre este tema, referindo que são necessárias estas medidas de isolamento, de modo a prevenir complicações e compreende um risco elevado de infeção. (Garbin, Silveira, Braga, & Carvalho, 2011) Por isso são adotadas várias medidas de isolamento protetor e de prevenção das infeções nas unidades de TMO. Segundo Keller (2000), as alterações existentes na barreira física e a neutropenia grave, resultante do condicionamento pré-transplante, tornam o ambiente propício a graves infeções bacterianas e fúngicas nas primeiras seis semanas após TMO. O J. M. apresentou neutropénia febril ao dia +4 após TMO, tendo realizado culturas de acordo com o protocolo do serviço (hemoculturas de cada lúmen do CVC, hemocultura do CVC com reservatório subcutâneo, urocultura), tendo iniciado meropenem⁷ 1gr 8h/8h endovenoso que surtiu efeito. Reiniciou picos febris e prescreveram vancomicina⁸ 1g 12h/12h endovenosa com efeito. Apresentou um processo inflamatório no terço médio da perna do membro inferior direito, com calor, edema, rubor e pequenas vesículas no interior da lesão, tendo iniciado tazobactam+piperaciclina⁹ 4,5gr 6h/6h endovenoso que surtiu efeito ao dia +14. O J. M. referia prurido e dor (VAS 4) no local, foi aplicado creme hidratante e com terapêutica antibacteriana o quadro reverteu. Não foi isolado nenhum agente infeccioso nas hemoculturas e urocultura. Apresentou um

⁷ **Meropenem** – um antibacteriano de espectro ultra-largo injectável utilizado para tratar uma grande variedade de infeções. É um antibiótico beta-lactâmico e pertence ao subgrupo de carbapenem. O espectro de acção inclui muitas bactérias gram-positivas e gram-negativas (incluindo *Pseudomonas*) e bactérias anaeróbias. (Infarmed, 2012)

⁸ **Vancomicina** – antibacteriano utilizado no tratamento de infeções graves, nomeadamente endocardites, osteomielites, pneumonias e infeções da pele e tecidos moles devidas a bactérias gram+ susceptíveis e resistentes aos antimicrobianos de 1ª escolha. (Infarmed, 2012)

⁹ **Tazobactam+piperaciclina** – antibacteriano utilizado em infeções graves devidas a microrganismos gram +, gram - ou anaeróbios resistentes aos antimicrobianos de 1ª escolha. Infeções polimicrobianas. Infeções no doente neutropénico em associação com um aminoglicosídeo. (Infarmed, 2012)

desconforto que se apresentou sob a forma de prurido a nível do dorso das mãos e escroto. Observei a região e a pele apresentava-se macerada e friável, mas sem lesões cutâneas observáveis. Foi associado a toxicidade tardia do Bussulfan, tendo sido aplicado por indicação médica um composto que misturei 50% de óxido de zinco¹⁰ e 50% de clotrimazol¹¹ pomada, feito ensino sobre a higiene da região perineal e sobre a aplicação 2x dia. A mãe foi envolvida nos cuidados e ajudou na aplicação. Teve alívio do prurido e a pele foi gradualmente ficando menos ruborizada e menos descamativa, tendo cicatrizado sem incidentes.

Outro cuidado a ter na prevenção de infeção é a higiene oral. O J. M. afirmou que sabia a importância da higiene oral, que já tinha desenvolvido mucosites em internamentos anteriores, pelo que sabia como era. Reforcei o ensino na mesma ao J.M. e à sua mãe, incentivando-o a aumentar a frequência da sua higiene oral para 4xdia, pois era algo que estava a ter relutância em realizar, pois apenas fazia 2xdia. Expliquei-lhe a importância da higiene oral, pois esta poderá evitar lesões graves na orofaringe, causadas por microrganismos existentes na sua flora endógena da cavidade oral. Nesta situação também houve cooperação e envolvimento com a mãe do J. M. que participou ativamente reforçando ela também a importância da higiene oral e ajudou-o na sua realização, para que cumpisse as regras. Referi, baseada em especialistas como a EONS (European Oncology Nursing Society), que a mucosite é um efeito secundário particularmente desconfortável da quimioterapia resultante da danificação do delicado revestimento da boca e na garganta. A extensão e a frequência da mucosite está relacionada com o tipo de quimioterapia, mas para pessoas submetidas a transplante de a mucosite ocorre em 70 a 100% das pessoas. (Hawthorn, 2012) De acordo especialistas como EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation) as recomendações relacionadas com a mucosite referem que é importante informar previamente o doente sobre a importância da higiene oral e do possível desenvolvimento de mucosite oral. Esclarecem que as principais medidas são realizar bochechos orais sempre após as refeições, num mínimo de 3xdia com solução de clorhexidina; utilizar escova de dentes macia e lavar dentes e língua após as refeições; avaliar diariamente a cavidade oral para

¹⁰ **Oxido de Zinco** – medicamento utilizado nas afeções cutâneas, adjuvante da cicatrização. (Infarmed, 2012)

¹¹ **Clotrimazol pomada** – medicamento anti-infeccioso utilizado nas afeções cutâneas, anti-fungico de aplicação tópica. (Infarmed, 2012)

observar alterações na mucosa oral; se dor avalia-la através da escala de dor VAS (Visual Analogic Scale) e administrar analgesia, podendo chegar a opióides se necessário. (EBMT, 2012) O J. M. após ser constantemente incentivado começou a aumentar a frequência dos bochechos de 4 para 6x/dia, melhorando os seus cuidados com a higiene oral. Na unidade, concomitante aos bochechos com clorhexidina utilizam Caphosol®¹² utilizado na prevenção e tratamento da mucosite oral. Este medicamento é um composto de fosfato de cálcio que apresenta, segundo relatos dos doentes, um sabor salgado. O J. M. também referiu essa alteração do paladar, pelo que lhe sugeri que os fizesse frios, que alivia o desconforto da cavidade oral e não se sente tanto o sabor. Isto porque, pela minha experiência no meu serviço os doentes referem preferir fazê-los frios e sentem alívio. O J. M. experimentou e referiu que resulta fazer o Caphosol® frio e surtia alívio. Avaliei em todos os dias que acompanhei o J. M. a cavidade oral e observei na manhã de 10 de Outubro que apresentava língua esbranquiçada, bordos irregulares e referia alteração do paladar. De acordo com os especialistas, consideram a descrição compatível com Mucosite grau I. (EBMT, 2012) A mucosite evoluiu até grau III, apresentando pequenas úlceras no palato e na língua, com disfagia a sólidos, iniciando morfina¹³ em perfusão contínua por avaliação de odinofagia grau 6 na VAS. Com esta odinofagia foi progressivamente a ter mais dificuldade em alimentar-se, tinha fome e vontade de comer, mas a dor não lhe permitia comer sólidos. Num desses dias pediu para o pequeno-almoço café com leite e uma carcaça com manteiga, impelido pela necessidade de colmatar essa necessidade de conforto que é proporcionada pela alimentação. Ao observar essa situação fiz ensino ao J. M. sobre uma dieta mole, ele queria muito comer aquele pão, mas era duro e poderia provocar mais lesões na orofaringe que já estava bastante friável, acordamos então que comesse em vez do pão um bolo que é fornecido na unidade aos doentes, pois é mais macio. Acatou a sugestão, mas ficou com facies triste, pouco contente com aquela situação. Quando começou a comer o bolo viu que a odinofagia (VAS grau 8) e disfagia era elevada, e percebeu que nem o bolo conseguia comer, mais triste

¹² **Caphosol®**- é uma solução rica em íões de fosfato e cálcio. Actua através da lubrificação da boca e torna os alimentos mais fáceis de engolir. Está indicado como adjuvante nos cuidados orais padrão para a prevenção e tratamento da mucosite que pode surgir na sequência de radioterapia ou quimioterapia. (<http://www.mouthsmadegood.com/PT-PT/nurse-resources/about-caphosol-nurse.pdf>)

¹³ **Morfina** – medicamento analgésico estupefaciente (opiáceo), utilizado em casos de dor aguda.

ficou e o sofrimento aumentou. Para o J. M. comer proporciona-lhe uma enorme sensação de conforto, e não poder comer, causou-lhe sofrimento, consegui ter esta percepção devido ao acompanhamento de enfermagem contínuo que desenvolvi junto dele. Segundo Krisman-Scott & McCorkl, o papel que os enfermeiros desempenham perante uma pessoa em sofrimento contribui para o alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual, através de um contato contínuo e com a relação íntima que se estabelece entre enfermeira e doente. (Sá, 2010)

Quando questionado face ao isolamento, inicialmente o J. M. referia que lhe estava a causar desconforto, que foi mau para ele quando esteve internado na UCI. Com o passar do tempo começou a perguntar constantemente quanto mais tempo teria de ficar internado e referiu que estava “farto de estar no quarto”. Em conjunto com o J. M. tentamos encontrar estratégias para colmatar essa necessidade de conforto alterada. Incentivei-o a voltar a usar o seu portátil, que já estava arrumado a um canto, referindo que a internet liga-o ao mundo exterior e aos seus familiares e amigos e isso poderia ser um elo de ligação que o confortasse neste período. O recurso ao telemóvel também foi referido, mas ele preferiu computador portátil e voltou a incluí-lo nas rotinas, usou-o para ver o pai e o irmão que estão nos Açores e isso tranquilizou-o mais um pouco.

No dia + 5 após o TMO, o J. M. começou a sentir-se asteniado, cansado, realizava menos levantes e por vezes ficava todo o dia no leito. Fiz-lhe o ensino sobre a fadiga relacionada com o cancro. A fadiga relacionada com o cancro não é um fenómeno temporário, pois aparece de forma crónica e associado à doença oncológica. (Góis, 2004) Juntamente com o J. M. e com a sua mãe como parceira de cuidados, tentamos que estabelecesse prioridades nas suas atividades, que referisse as que sentia mais desconforto a realizar, dando prioridade às que lhe proporcionavam mais conforto, como o realizar levante de manhã e de tarde, usar o seu computador portátil, ter noção que deve ter pequenas metas e ir aumentando gradualmente os seus objetivos para sentir-se empenhado. A mãe foi uma parceira nos cuidados e foi convidada a envolver-se neste aspeto, com agrado dela por sentir-se mais útil e assim sabia que o J. M. era incentivado a combater esta fadiga. Problemas como fadiga e diminuição da atividade física podem resultar em consequências de longo prazo a nível funcional, podendo eventualmente afetar a capacidade das pessoas

para manter ou voltar a desenvolver papéis produtivos na sociedade. (Hacker, et al., 2006) Imediatamente após o regime preparatório para o transplante e simultaneamente no período pós-transplante, os doentes podem esperar sentir sintomas de fadiga associados a dor, náuseas e vômitos, anorexia e distúrbios do sono. As pessoas submetidas a TMO requerem considerável apoio e cuidados de enfermagem especializados imediatamente após o regime de condicionamento e infusão das PBSC. (Hacker, et al., 2006)

O J. M. teve uma melhoria substancial do estado geral, menos asténico, já não estava neutropénico, ficou apirético, reverteu a mucosite, pelo que tive a oportunidade de preparar a alta do J. M. A mãe do J. M. tinha bastantes dúvidas e apresentava um desconforto face a saber como seria o pós-alta e para onde iriam ficar. Abordei esta necessidade de conforto com a minha Enfermeira Orientadora e foi encaminhado este aspecto para a Assistente Social, que providenciou o apoio do Lar de Doentes tanto para a mãe como para o J. M. no mesmo quarto para poderem ser acompanhados no Hospital de Dia da unidade., este fato tranquilizou a mãe, pois como vivem nos Açores, era difícil do ponto de vista monetário, manter um quarto alugado. Fiz o ensino de que no Lar de Doentes que dá apoio à unidade, a equipa está informada e ensinada sobre os cuidados de limpeza e alimentação a ter com as pessoa na fase imediata ao TMO, o que lhes deu uma sensação de segurança e tranquilidade. No que se refere à preparação para a alta é importante que a pessoa submetida a TMO e a sua família fiquem esclarecidos, pelo que os ensinamentos de enfermagem são de extrema importância no acompanhamento de enfermagem. Foram feitos ensinamentos sobre a importância da higiene (incluindo higiene oral), alimentação, prevenção de infeções, adesão à terapêutica, seguimento em ambulatório no Hospital de Dia da unidade, exercício físico, retomar a universidade e contacto com outras pessoas. Foi entregue o guia elaborado pela equipa multidisciplinar da unidade que reúne informação pertinente e essencial para ajudar a pessoa submetida a TMO e a sua família a enfrentar a fase pós-TMO. Quanto à higiene foi feito ensino ao J. M. e à sua mãe que os cuidados de higiene são importantes na prevenção de infeções e que o duche diário é essencial, dando especial atenção às axilas, genitais e pregas cutâneas e secando-as para evitar manter a pele húmida. A aplicação de creme hidratante com pH neutro para manter

a pele hidratada e sem lesões cutâneas. Foi reforçada a importância de realizar lavagem higiénica das mãos antes e depois de urinar ou evacuar, assim como antes das refeições. Quanto à higiene oral, foram lembrados os ensinamentos feitos ao longo do internamento. As maiores dúvidas surgiram no que se refere à alimentação, pois é algo importante para o J. M. e foi o assunto que mais questionou. Foi abordado que a alimentação, tal como no internamento, deve ser confeccionada com rigor de limpeza, como deverá ser a manipulação dos vegetais e das frutas, a confeção dos alimentos e explicado as razões de existirem alimentos permitidos e não permitidos. Foi-lhe explicada a importância da adesão à terapêutica, e de tomar os medicamentos no horário certo e se existir alguma alteração para informar o médico. Foi entregue folha com posologia e terapêutica de ambulatório. Foi informado que nos primeiros 3 meses será acompanhado pela Equipa Multidisciplinar do Hospital de Dia da unidade, onde irá colher sangue para análises com frequência, para reavaliar a recuperação hematológica no pós-alta. No que se refere à Universidade, tem exame marcado para Janeiro de 2013, pelo que pretende recuperar do TMO e posteriormente voltar a dedicar-se à universidade. Antes disso têm intenções de ir aos Açores, se a situação clínica o permitir.

O J. M. teve alta clínica dia 2 de Novembro, com indicação de ir à consulta médica e realizar controlo analítico no Hospital de Dia da Unidade dia 6 de Novembro, levou carta de transferência de Enfermagem, onde foi escrita a informação sobre as intercorrências durante o internamento, sobre as necessidades de conforto identificadas assim como as intervenções realizadas para as colmatar e o acompanhamento de Enfermagem realizado ao J. M. e à sua mãe durante o internamento, para poder existir continuidade dos cuidados de enfermagem

O cuidado e as intervenções de enfermagem são denominadas por Kolcaba & Kolcaba (1991), como medidas de conforto com o objetivo de promover um estado de alívio físico e mental. Ao confortarmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, pretende-se que este alívio seja global, e se concretize num esclarecimento de dúvidas e explicação de normas e procedimentos, no controlo sintomático, na relação de ajuda, no apoio à família, para que haja preparação para o percurso e trajetória da sua doença e a pessoa se sinta confortada.

Para Kolcaba (2003) o conforto é considerado como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência. Segundo a autora, estes três estados de conforto desenvolvem-se nos seguintes quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psicoespiritual diz respeito à consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito; o contexto ambiental envolve aspectos como a luz, barulho, etc. (Kolcaba, 2003)

Kolcaba cruzou os três estados de conforto com os quatro contextos onde o conforto pode ser experienciado, resultando na Estrutura Taxonómica do Conforto. (Kolcaba, 2003)

O acompanhamento de Enfermagem realizado ao J. M. tendo por base o referencial teórico de Katharine Kolcaba, permitiu-me olhar para o J. M. de forma holística e identificar as suas necessidades de conforto.

O J. M. aparentava uma calma e tranquilidade que depois com o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda, identifiquei que haviam várias necessidades e desconfortos que mereciam a atenção da Enfermagem, para promover intervenções que peritissem que o conforto do J. M. fosse fortalecido. É através de ações e palavras confortadoras que os enfermeiros conseguem transmitir intervenções no conforto que o doente reconhece. (Kolcaba, 2003) Na consequência do aumento do conforto há um comprometimento da pessoa em adotar comportamentos de procura de saúde, o que por sua vez também promove um aumento do seu conforto. (Kolcaba, 2003)

No sentido de sistematizar as necessidades de conforto no três estados aplicadas aos quatro contextos, foi aplicada a Estrutura Taxonómica do Conforto, desenvolvida por Kolcaba, para permitir uma identificação das necessidades do J. M. e consequentemente poder intervir. (Quadro 1)

J. M.	Necessidades de Alívio	Neessidades de Tranquilidade	Necessidades de Transcendência
Contexto Físico	- Anorexia - Náuseas/vômitos - Odinofagia - Fadiga - Prurido	- Sentimento de falta de atividade física - Sentimento de distorção da imagem corporal (obesidade e alopecia) - Dificuldade em alimentar-se devido à mucosite	Expetativas negativas face à capacidade física e energia para estudar
Contexto Psicoespiritual	- Dificuldade em pensar e em concentrar-se - Dificuldade em lidar com a hospitalização - Incapacidade de chorar - Culpabilização em relação aos pais - Tristeza	- Perda de interesse nas atividades que mais gostava de fazer - Diminuição da auto-confiança - Desconhecimento face aos cuidados a ter no pós-alta	Conflito interno entre a necessidade do internamento e o desconforto por estar internado.
Contexto Sociocultural	- Insatisfação relacionada com a obrigação escolar - Saudades da família	Necessidade de apoio familiar e profissional e na mediação das relações familiares (apoio da psicóloga e assistente social)	Sentimento de inferioridade na capacidade produtiva e na insegurança financeira
Contexto Ambiental	Agitação e ruído do ambiente terapêutico	- Dificuldade em comunicar com o exterior (isolamento) - Limitação da liberdade de circulação no ambiente terapêutico (regras hospitalares)	

Quadro 1: Aplicação da Estrutura Taxonómica do Conforto ao caso do J. M.

Relativamente às necessidades de alívio físico, referiu sentir-se nauseado, sentir-se preso nos movimentos, apresentou odinofagia relacionada com o mucosite. Estas necessidades foram colmatadas com intervenções farmacológicas, tendo como resultado o alívio do J. M.. Na fadiga foram adotadas medidas não farmacológicas, que diminuíram o seu desconforto, tais como a dieta fria e fraccionada, incentivo a realizar levantar antes da refeição, alimentar-se de suplementos.

Referiu que por vezes o internamento está a ser “difícil de lidar”, dando ênfase ao isolamento e ao tempo prolongado. Esta expressão permite-nos identificar que tem necessidade de um alívio no contexto psicoespiritual, se deixasse de estar internado ficaria confortado e aliviado, mas o internamento torna-se fundamental nesta altura, pelo que foi-lhe feito ensino sobre esse aspeto e foi incentivado a tentar distrair-se para passar melhor o tempo, usar mais o computador portátil e outras atividades que goste, ele tentou usar mais o portátil e ter comportamentos que o deixasse mais confortável e aliviado.

No que diz respeito ao alívio sociocultural, o J. M. sente saudades da sua família, que foi resolvendo com telefonemas, internet e com o apoio incondicional da mãe. Mas sente-se insatisfeito por não poder cumprir com as suas obrigações escolares, algo que está adiado e não o pode resolver, esta necessidade não foi colmatada.

O alívio ambiental foi para ele fácil de controlar, sentia-se desconfortável com a agitação e ruídos da unidade, mas adoptou estratégias como fechar a cortina e os estores e ouvir música.

Na tranquilidade física, o J. M. apresentava sentimentos de falta de atividade física, sentimento de distorção da imagem corporal, relacionados com a obesidade e a alopecia, mas neste campo o seu principal desconforto estava centrado na dificuldade em alimentar-se devido à mucosite. O J. M. consegue obter conforto e sensação de bem-estar através da alimentação, constatar que está impedido de o fazer por apresentar lesões da mucosite e odinofagia, deixou-o desconfortável, com sofrimento e triste. O trabalho de parceria entre a Enfermagem e o J. M. permitiu que se adaptasse a sua dieta, mas nunca deixou de alimentar-se como acontece com frequência noutros casos. Para o J. M. voltar a alimentar-se de alimentos ao seu gosto foi para ele uma sensação de tranquilidade e de conforto.

Apresenta necessidades de tranquilidade psicoespiritual pois revelou perda de interesse nas atividades que mais gostava de fazer e consequente diminuição da auto-confiança, foi prestado apoio emocional pela equipa de enfermagem, pela mãe e pela psicóloga, que o ajudaram a ter atitudes confiantes, tinha receio de não conseguir realizar a sua higiene, de comer e estar no seu computador, mas fomos juntamente com o J. M. estabelecendo prioridades nas atividades a realizar, para ir gradualmente sentido-se fortalecido. Com o tempo e com a melhoria do seu estado geral, começou a retomar as suas atividades de vida diárias e colmatou esta necessidade. Apresentava também a este nível desconhecimento face aos cuidados a ter no pós-alta, pelo que foi realizado ensinamentos de enfermagem na preparação para a alta, envolvendo também a sua mãe, o que os preparou e tranquilizou para a nova etapa deste processo de TMO:

A sua tranquilidade sociocultural esteve afetada, pois apresentava necessidade de apoio familiar e profissional e na mediação das relações familiares e no afastamento dos mesmos. O apoio da equipa de enfermagem, da psicóloga e da assistente social foram importantes para aproximar os familiares e sentir-se tranquilo. Referiu sentir-se tranquilo por saber que tem pessoas que o ajudam.

A nível da necessidade de tranquilidade ambiental esteve mais centrado na dificuldade em comunicar com o exterior devido ao isolamento na unidade. Pela mesma razão há limitação da liberdade de circulação no ambiente terapêutico, pelas regras hospitalares instituídas. Esta necessidade apenas foi colmatada na altura da alta, pois a barreira física existia sempre, recebeu a visita do pai no fim-de-semana, mas teve de ficar fora do quarto, impossibilitando o contato entre eles.

A sua necessidade de transcendência física prendeu-se com as expectativas negativas face à capacidade física e energia para estudar. Sentia que não tinha força física para o fazer. Com a melhoria do estado geral e com as medidas não farmacológicas utilizadas na fadiga relacionada com o cancro, o J. M. foi recuperando, ultrapassou as suas próprias expectativas e referiu que após a alta ia dedicar-se à universidade.

Na transcendência psicoespiritual, o J. M. revelou conflito interno entre a necessidade do internamento e o desconforto por estar internado. Sabe a

importância de estar internado na unidade mas sente-se desconfortável. Falamos sobre os aspetos positivos e negativos e sobre o peso de cada um, no sentido de que o J. M. encontrasse um equilíbrio neste conflito. Julgo que se resignou, nunca colmatou esta necessidade até ao dia da alta.

A sua necessidade de transcendência sociocultural prende-se com o sentimento de inferioridade na capacidade produtiva e na insegurança financeira, pois ele compreende a dificuldade que os seus pais apresentam a nível monetário. A sua mãe deixou de trabalhar para o acompanhar, e ele ainda estava a estudar e não teve oportunidade de ajudar a família. Quando percebeu que ainda iria manter apoio da Liga Portuguesa Contra o Cancro e que iriam ficar num lar de doentes, sentiu-se menos diminuído, mas julgo que ainda hoje não colmatou esta necessidade uma vez que o seu plano de vida foi alterado.

A ação de confortar para a Enfermagem consiste em proporcionar encorajamento e ajuda à pessoa, para que atinja um estado de conforto onde a preocupação, a dor, angústia e o sofrimento não estejam presentes. (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003)

Assim o conforto é a experiência imediata de ver fortalecidas as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psíquico, sociocultural e ambiental. (Kolcaba, 2003)

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar das pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a TMO requer ações de enfermagem compreensivas e consistentes. O ensino ao doente e à sua família é fundamental para proporcionar assistência e acompanhar a pessoa e os seus familiares ao longo do processo de transplante. (Keller, 2000)

Para Kotzé (1998), o acompanhamento de enfermagem ocorre sempre numa relação de dependência/independência entre indivíduos, na qual existe uma procura de ajuda por aquele que está dependente e vontade de disponibilizar ajuda e suporte por parte de quem apresenta conhecimentos para o ajudar.

A preparação da pessoa e família antes do Internamento é fundamental, assim como a capacitação da pessoa com doença hemato-oncológica e da sua família para todo o processo de transplantação de medula óssea. Abordar as questões físicas, mas também as questões emocionais e desafios interpessoais para promover um acompanhamento eficaz à pessoa/família. (The Bone Marrow Foundation, 2012)

A consulta de enfermagem realizada no Hospital de Dia da unidade, ajuda a diminuir a ansiedade do doente e o preparar para a etapa de TMO que vai enfrentar. Julgo que se os registos dessa consulta fossem mais explícitos, poderia beneficiar mais a pessoa submetida a TMO e a transmissão de informação sobre as suas necessidades de conforto e da sua família. A documentação dos cuidados de enfermagem constitui a base de toda a filosofia e metodologia, sendo que é através desta que os enfermeiros personificam a arte de cuidar, dão visibilidade ao seu desempenho e promovem a sua autonomia e responsabilidade profissional. (Dias, 2001)

Considero que um dos pontos fortes do meu estudo de caso foi o acompanhamento de enfermagem que realizei ao J. M., mas também à sua mãe, a relação que foi possível estabelecer contribuiu para minimizar o impacto do internamento e do isolamento do seu ente querido, e por outro lado, foi um importante contributo para

conhecer o J.M. e a sua família, sendo um elo de ligação importante na preparação para a alta.

Concluo que consegui mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa submetida a TMO e à sua família. Fui capaz de planejar, executar e avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades de conforto identificadas.

O quadro concetual de Kolcaba foi uma referência na minha prestação de cuidados, de modo a permitir-me uma visão holística do conforto da pessoa submetida a TMO e à sua família e promover intervenções de enfermagem que visem a satisfação das suas necessidades de conforto.

A realização deste estudo de caso, onde descrevo e reflito sobre algumas das atividades desenvolvidas em estágio, foi muito benéfica no meu processo de aquisição de competências especializadas e vai contribuir de forma significativa para a elaboração do relatório de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). Antieméticos; Toxicidades por Quimioterapia. In *O Cancro e a Qualidade de Vida - A Quimioterapia e outros fármacos no combate ao Cancro*, 381-675; 693-721. Sintra: Novartis.
- Curcioli, A. C., & Carvalho, E. (2010). Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 716-724.
- Dias, et. al. (2001). Registos de Enfermagem. *Servir*, 267-271.
- East Forum EBMT Nurses Group. (2012). Oral cavity care in patients after high-dose chemotherapy and stem cell transplantation: The East Forum EBMT Nurses Group standard of care. *Bone Marrow Transplantation*, 149-150. Macmillan Publishers Limited.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.
- Góis, C. M. (2004). A Fadiga no Doente Oncológico. In *Enfermagem Oncológica* (pp. 125-135). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Hacker, E. D., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., & Dieterle, N. (2006). Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Oncology Nursing Forum*, 614-624.

-
- Hawthorn, J. (2012). *Reducing the misery of oral mucositis*. Obtido a 8 de Outubro de 2012 de EONS Newsletter Fall 2007: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSnewsletter2007fall-en.pdf>
- Infarmed. (2012). *Prontuário Terapêutico online*. Obtido a 16 de Novembro de 2012 de <http://www.infarmed.pt/prontuario>
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 677-704). Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 1301-1310.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Nucci, M., & Maiolino, A. (2000). Infecções em Transplante de Medula Óssea. *Simpósio: Transplante de Medula Óssea*, 33, 278-293. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de Simpoósio: Transplante de Medula Óssea: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/infeccoes_transplante_medula_ossea.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, J., & Carius, D. (2004). Transplantação de Progenitores Hematopoiéticas. In F. Regateiro, M. Bilro, A. Assunção, M. Monteiro, & R. Nunes, *Enfermagem Oncológica*, 105-122. Coimbra: Formasau.
- Sá, E. (2010). A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico. *Pensar Enfermagem*, 55-69.
- Santos, K., Ribeiro, L., Silva, G., Atalla, A., & Neto, A. (2011). Medidas não medicamentosas para prevenção de infecção no transplante de medula óssea: revisão da literatura. *HU Revista*, 37(2), 239-246.

The Bone Marrow Foundation. (2012). *Autologous Bone Marrow/Stem Cell Transplantation: A Medical & Educational Handbook*. Obtido a 20 de Junho de 2012 de The Bone Marrow Foundation: <http://www.bonemarrow.org/resources/publications.php>

APÊNDICE III – Jornal de Aprendizagem I



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Jornal de Aprendizagem

Autora: **Vanda Ferreira N° 4044**

Lisboa

2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

**ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**

Vertente Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Local de Estágio I

Autora: **Vanda Ferreira N° 4044**

Lisboa

2012

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BuCy – nome do condicionamento para transplantes alogénicos, composto por Bussulfan e Ciclofosfamida

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (Centros de Prevenção e Controlo de Doenças)

CFF – Ciclofosfamida

CVC – cateter venoso central

LLA –T. – Leucemia Linfoblástica Aguda das células T.

MTX - Metotrexato

PBSC - Peripheral blood stem cells (células sanguíneas pluripotentes periféricas)

QT - Quimioterapia

TMO – Transplante de Medula Óssea

.

ÍNDICE

Pág

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	35
INTRODUÇÃO.....	5
1– REFLEXÃO.....	6
1.1 - Descrição do Episódio	6
1.2 - Sentimentos.....	10
1.3 - Avaliação	11
1.4 - Análise	12
1.5 - Conclusão.....	13
1.6 - Plano de Ação/Nova perspectiva.....	14
2 – CONCLUSÃO	16
3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	17

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar o seguinte Jornal de Aprendizagem, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que está a decorrer no Local do Estágio I, uma Unidade de Transplantação Medular, sob a orientação da Professora Eunice Sá e da Enfermeira Orientadora do Estágio I.

O jornal de aprendizagem é um método de reflexão e análise crítica extremamente válido no desenvolvimento de competências, nomeadamente nos processos de aprendizagem na prática clínica ou no ensino clínico dos estudantes das áreas de saúde. (Williams, Wessel, Gemus, & Foster-Seargeant, 2002)

Neste jornal de aprendizagem tenho como objetivo realizar uma reflexão estruturada, utilizando Ciclo Reflexivo de Gibbs, de uma situação de prestação de cuidados vivenciada no contexto de estágio.

O objetivo final deste trabalho é desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica, tendo como orientação da minha prática de cuidados a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

De acordo com o método referido, a orientação do trabalho escrito será baseada na reflexão em seis momentos: descrição do episódio, sentimentos, avaliação, análise, conclusão, plano de ação/nova perspectiva. (Jasper, 2003)

1 – REFLEXÃO

1.1 - Descrição do Episódio

O J. V. de 21 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, diagnosticado em Novembro de 2011 com LLA (Leucemia Linfoblástica Aguda) das células T, deu entrada na unidade dia 25 de Outubro, transferido do Hospital B para realizar TMO Alogénico de dador não relacionado. Foi seguido sempre no Hospital B, onde fez a Quimioterapia (QT) de indução com protocolo de Ciclofosfamida (CFF) e Metotrexato (MTX), após remissão foi proposto para Transplante de Medula Óssea e encaminhado em seguida para a Instituição I.

Trazia CVC (cateter venoso central) tunelizado de duplo lúmen, por onde realizou condicionamento BuCy (com Bussulfan e Ciclofosfamida) sem intercorrências. Recebeu enxerto de PBSC (Peripheral Blood Stem Cells) no dia 2 de Novembro, sem incidentes. No dia 6 de Novembro (dia +4 pós TMO) tive a oportunidade de prestar cuidados ao J. V., entusiasmada por ter outra experiência no acompanhamento à pessoa submetida a TMO. Após colocar touca e máscara, procedi à lavagem higiénica das mãos, vesti a bata limpa que estava em frente ao quarto 2 e entrei. Apresentei-me, disse quem era, onde trabalhava e sumariamente os objetivos do meu estágio na unidade. Tentei ter uma atitude positiva e sorrir, mas depois percebi que o J. V. não reagiu à minha comunicação não verbal. Olhou para mim, mal esboçou um movimento da boca e continuou a ver televisão. Avaliei os sinais vitais que se encontravam estáveis, administrei terapêutica prescrita e tentei novamente estabelecer contacto com o J. V., perguntei-lhe: “como está? Posso ajudar em alguma coisa?” Olhei para ele e apresentava pálpebras semicerradas, braços cruzados, pareceu-me encontrar-se numa postura defensiva e de apreensão. Respondeu: “Não, obrigado.” Compreendi que não queria estabelecer mais contacto, estava no seu mundo e não queria ser incomodado. Não quis impor a minha presença, mas demonstrei disponibilidade para que sempre que quisesse podia

contar comigo. Mas estava à espera de conseguir estabelecer um diálogo, uma conversa com o J.V. a fim de o conhecer melhor, mas não consegui.

No dia seguinte também fiquei responsável pela prestação de cuidados ao J. V., para poder acompanhar sempre a mesma pessoa durante o internamento, mas continuei a ter dificuldades em comunicar com o J.V., nem um diálogo concreto, apenas me respondia “sim” e “não”. Falei com a minha enfermeira orientadora e com outros enfermeiros da equipa, que me disseram que era normal ele ser assim, que não falava com ninguém. Lembro-me de pensar na altura porque será que isto acontece, “Normal? Normal porquê?” será que consigo mudar esta situação? Ele não falava com ninguém, na visita da psicóloga era igual, apenas respostas curtas, não falava sobre si.

Decidi pesquisar e tentei mobilizar os conhecimentos sobre a importância da relação de ajuda e sobre a importância do estabelecimento de uma relação de parceria de cuidados. É importante ter noção de que a forma como condicionamos a entrevista poderá ser fundamental para que a pessoa se sinta envolvida na conversa e que possa esclarecer dúvidas e interagir de forma positiva. (Buckman, 1992) Assim sendo, perguntei-lhe: “como se sente hoje?” ao que respondeu: “Igual, na mesma!”. Pensei que teria de perceber porque se distancia dos outros e o que o leva a ser introvertido e peguei nas suas palavras: “O que quer dizer com ‘na mesma’?” Ficou a olhar para mim, com os olhos mais abertos e expressivos e disse: “Ohh... na mesma porque não há nada de novo em relação a ontem.” E pensei para mim que ao menos estava a estabelecer um contacto, uma oportunidade que não poderia desperdiçar. Segundo Buckman (1992), recorrer à repetição, dá a sensação à pessoa de que estamos a ouvi-la, pois perguntamos algo nas suas próprias palavras; ao reiterar/parafrasear, permite repetir a pergunta feita pela pessoa por outras palavras, no sentido de compreender mesmo o que a pessoa quer saber. Deve-se recorrer à reflexão, pois a pessoa compreende que houve uma escuta activa e uma interpretação do que ela disse. (Buckman, 1992) Assim sendo, perguntei: “Com isso quer dizer que está a achar os dias muito iguais?” E respondeu: “Sim, isto aqui é sempre a mesma coisa, sempre a mesma rotina!” e perguntei: “Não trouxe nada para se distrair?” e o J.V. começou a estabelecer um diálogo comigo, embora superficial e distante. Respondeu-me: “Eu trouxe o pc, mas hoje não me apetece!

Estou cansado” Então aproveitei para realizar ensino sobre a fadiga relacionada com o cancro, visto ser uma área que merece especial atenção da Enfermagem. Problemas como fadiga e diminuição da atividade física podem resultar em consequências de longo prazo a nível funcional, podendo eventualmente afetar a capacidade das pessoas para manter ou voltar a desenvolver papéis produtivos na sociedade. (Hacker, et al., 2006) As pessoas submetidas a TMO requerem considerável apoio e cuidados de enfermagem especializados imediatamente após o regime de condicionamento e infusão das PBSC. (Hacker, et al., 2006) Olhava para mim concentrado e atento aos ensinamentos realizados, referiu que não sabia que o fato de sentir-se assim estava dentro do expectável e que gostou do ensino. Achava que estava novamente com algum problema, porque o “cansaço” e a “falta de energia” não o deixavam. Perguntei-lhe: “Mas a equipa de enfermagem faz este ensino e explica que estas situações são normais” e ele contrapôs: “Sim, mas dizem isso no início, e eu não estava a ouvir tudo bem, com os nervos. Ainda para mais, são todos iguais, já nem sei quem foi que me disse!” Através das suas palavras entendi que a bata, touca e máscara são barreiras a uma comunicação eficaz. Os ensinamentos foram feitos, mas estas barreiras e o seu nervosismo fizeram com que não se lembrasse do conteúdo do que foi dito. Teria sido importante validar os ensinamentos realizados, para podermos ter a certeza de que a pessoa apreendeu o que foi dito de forma concreta. Outro aspeto julgo que é o que informamos que irá acontecer e o que a pessoa sente que é único e individual e que nunca conseguiremos experienciar. Julgo que não pensou que sentisse este cansaço e fadiga. Pensei que devia então atuar nesta área da fadiga relacionada com o cancro. Desenvolvemos estratégias juntos sobre como combater esta fadiga e como melhorar o seu conforto, como por exemplo realizar mais levantes, deambular pelo quarto, apesar do espaço reduzido, realizar atividades que lhe proporcionem conforto e satisfação como tocar a sua viola que estava encostada a um canto ou o seu *pc*.

Houve estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda e esse fato fomentou uma relação de confiança, pois o J. V. nos dias seguintes, apesar de ainda se encontrar em aplasia, começou a questionar-me como seriam os cuidados a ter após a alta. Se não existisse esta relação ele não sentiria segurança em perguntar-me sobre estes cuidados tão importantes como a preparação para a alta. Primeiro

tentei compreender quais as suas principais dúvidas e identifiquei necessidades de conforto relacionadas com a falta de informação para a alta acerca do seguimento em Hospital de Dia, adesão à terapêutica, alimentação, sexualidade e prevenção de infeções. Assim, estabeleci com o J. V. um plano de realizar estes ensinios de forma gradual, para que os conseguisse compreender e, se necessário, ter tempo para esclarecer dúvidas. Foi entregue o guia de preparação para a alta, que foi elaborado pela equipa multidisciplinar da unidade.

A sua mãe é a familiar significativo ao longo do internamento, pelo que lhe fiz o convite para incluí-la nos ensinios como parceira de cuidados. Foi programada realização do ensinios quando ambos estivessem presentes, conseguimos que estivesse presente na sua grande maioria dos ensinios e colocou perguntas pertinentes que foram esclarecidas. Até no que diz respeito às condições no domicílio, foi bastante recetiva com as necessidades de limpeza, higiene e prevenção de infeções. Abordei a questão da sexualidade sozinho, pois não conhecia a relação do J.V. tem com a mãe, a ponto de falar assim da sua intimidade. Apresentava necessidades de conforto relativamente ao fato de saber se poderia ter relações sexuais com a sua namorada após a alta. Realizei ensino sobre os cuidados que deverá ter durante as relações sexuais, nomeadamente na prevenção de infeções e o uso de preservativo.

Foi realizado ensino acerca da importância dos cuidados com a alimentação, pois o seu sistema gastrointestinal foi afetado com a QT, pelo que a preparação, confeção e introdução de novos alimentos deverá ser realizada de forma gradual e cuidadosa, seguindo as instruções presentes no guia. Foi-lhe explicada a importância da adesão à terapêutica, e de tomar os medicamentos no horário certo e se existir alguma alteração para informar o médico. Dei especial ênfase à toma do Tacrolimus, imunossupressor importante para garantir a eficácia do TMO e evitar rejeição no caso dos transplantes alogénicos. Este medicamento é sujeito a doseamento sérico, pelo que a sua toma deve ser criteriosa. Foram informados que nos primeiros meses será acompanhado pela equipa multidisciplinar do Hospital de Dia da unidade, onde irá colher sangue para análises de rotina, para reavaliar a recuperação hematológica no pós-alta e que se for necessário realizar alguma terapêutica ou cuidados de enfermagem serão realizados em regime de ambulatório.

Quando questionado refere que gostaria de ser contactado após a alta, mas que não vai ter saudades do isolamento do quarto e da unidade, pois custou-lhe muito o internamento, devido ao isolamento a que esteve sujeito e ao afastamento da família. O J.V. estava na altura desta conversa a sair da aplasia, no dia +11 pós TMO.

Teve alta no dia +17, dia 19 de Novembro, com consulta e seguimento em Hospital de Dia para o dia seguinte.

1.2 - Sentimentos

Senti-me entusiasmada por poder prestar cuidados ao J.V. e desenvolver competências na área do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Mas, no primeiro contacto com o J.V. senti-me inibida e insegura por ele não se mostrar recetivo à minha intervenção. O que me levou olhar de forma diferente para a situação e tentar compreender porque é que me tinha sentido assim. Percebi que foi por estar centrada em mim e na minha aquisição de competências que não parei para olhar para a pessoa J.V. Deveria estar mais centrada na pessoa e não em mim. Sempre foi uma prioridade para mim proporcionar bem-estar e conforto às pessoas a que presto cuidados, mas também prestar cuidados de enfermagem com o máximo rigor, pelo que as exigências do estágio impostas por mim neste meu percurso e o fato de querer melhorar os meus cuidados de enfermagem poderão ter interferido por ter desviado ligeiramente na minha atenção da pessoa.

Outro sentimento que experienciei foi a frustração, resultado do fato de ter compreendido que as medidas protetoras para prevenção de infeções em doentes imunodeprimidos, tais como a touca, máscara, bata, dificultam a relação e a comunicação com a pessoa. Por um lado temos de usá-las para prevenir infeções, por outro penso que são barreiras à comunicação, pelo que o seu conforto psicoespiritual fica comprometido, visto que poderá haver barreiras no

estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança, necessárias nesta fase da trajetória do seu processo terapêutico.

Pensei e refleti que deveria desenvolver estratégias para melhorar a comunicação entre mim e o J.V. Realizei pesquisa bibliográfica de autores especializados na área como Buckman, Lazure e Phaneuf. De forma a colmatar as necessidades de conforto da pessoa submetida a TMO, sempre considerei a comunicação verbal que estabeleci, assim como a não verbal, demonstrando firmeza nas palavras, com gestos congruentes, o que conforta a pessoa e lhe dá segurança.

Senti que ter uma teoria norteadora facilita a avaliação e o nosso olhar para a pessoa que temos diante de nós. Compreendi que o meu foco de atenção deveria estar centrado nas suas necessidades de conforto. O cuidado e as intervenções de enfermagem são denominadas por Kolcaba (2003), como medidas de conforto com o objetivo de promover um estado de alívio físico e mental. Ao desenvolver intervenções confortadoras ao J.V. e sua família, pretende-se que este alívio seja global, e se concretize num esclarecimento de dúvidas e na explicação de normas e procedimentos, no controlo sintomático, na relação de ajuda, no apoio à família, para que haja preparação para o percurso e trajetória da sua doença e a pessoa se sinta confortada, indo de encontro às necessidades de conforto identificadas.

1.3 - Avaliação

Como todos os momentos que resultam em aprendizagem, a reflexão sobre a minha atuação e sobre a minha prática de cuidados é necessária para poder pensar nos aspetos positivos e negativos, e, no futuro, se possam repetir os positivos e corrigir os negativos. Esta avaliação permitirá identificar os aspetos a melhorar, de modo a prestar cuidados de enfermagem com rigor e qualidade à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Deste modo, ao olhar para a minha atuação referente ao episódio descrito, realço como negativo o fato de não saber atuar de imediato face à rigidez e afastamento do

J.V. Pela minha formação e experiência profissional sei que as pessoas atravessam várias fases face à sua doença, e que, como profissional de saúde, tenho o dever de estar atenta a estas situações e reações para poder atuar em conformidade, mas não foi de imediato que identifiquei essa situação. Os enfermeiros têm de estar preparados para enfrentar as várias reações possíveis que as pessoas doentes apresentam, mas também somos pessoas que cuidamos de pessoas. É suposto que o enfermeiro crie o ambiente e não se deixe afetar por este, mas também as nossas reações são intrínsecas e reagimos ao meio envolvente. Julgo que foi alguma insegurança que me levou a ficar mais inativa que o habitual e mais passiva que o normal.

Como positivo na minha atuação dou ênfase ao fato de conseguir reconhecer os meus erros e as minhas atitudes menos adequadas, para poder compreender o sentido que tiveram e conseguir pensar de que forma poderei alterar este aspeto no futuro. Realço o fato de ter realizado uma reflexão sobre a minha prática de cuidados, o que culminou numa atitude com vista a promover a melhoria e o conforto do J.V. Procurei na bibliografia as linhas orientadoras da minha atuação após ter tido esta dificuldade. Desta forma recorri a técnicas de comunicação válidas e eficazes, uma vez que o J. V. estabeleceu uma relação comigo que lhe permitiu desenvolver confiança para esclarecer as suas dúvidas e os seus medos. A minha intervenção promoveu a melhoria do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, pois foram tidas em conta as suas necessidades de conforto nomeadamente sobre a preparação para a alta, prevenção de infeções e seguimento em Hospital de Dia.

1.4 - Análise

Estas situações merecem reflexão sobre a prática de cuidados, pois a finalidade é aprender para melhorar as nossas intervenções no futuro.

Com esta reflexão, voltei a pensar sobre o doente oncológico e as suas especificidades. Cada pessoa é única e singular e apresenta as suas características

e particularidades. (Pereira & Lopes, 2002) Importa conhecer os estádios identificados inicialmente por Kübler-Ross em 1969, como a negação, raiva/revolta, a negociação, a depressão e a aceitação, para podermos saber qual será a melhor intervenção a desenvolver face às necessidades de conforto da pessoa que temos perante nós. (Pereira & Lopes, 2002)

Refleti, sobre as medidas de proteção durante o isolamento das pessoas submetidas a TMO. Serão estas medidas assim tão fundamentais e necessárias? Talvez se existisse uma quebra nestas barreiras se conseguisse que as pessoas interagissem mais e falassem sobre si e sobre os seus receios e o internamento seria mais fácil de lidar. Segundo Keller (2000), as alterações existentes na barreira física e a neutropenia grave, resultante do condicionamento são propícias a infeções bacterianas e fúngicas nas primeiras seis semanas após TMO. Importa desenvolver medidas protetoras, mas não há consenso sobre a eficácia de todas as medidas de proteção. Algumas medidas foram desaconselhadas pelo CDC (Centers for Disease Control and Prevention), tais como o uso de roupa esterilizada, uma vez que os agentes infecciosos que agredem o doente com neutropénia têm, na sua maioria, origem na flora endógena do doente. Nestas situações previne-se mais com dieta antimicrobiana e profilaxia de antibióticos. (American Society for Blood and Marrow Transplantation, 2009) (Garbin, Silveira, Braga, & Carvalho, 2011)

Para Lazure (1994), a relação de ajuda tem como objetivo, através da comunicação, dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber e escolher por si. A escuta constitui o pano de fundo das atitudes de receptividade e de partilha fundamentais na comunicação e consequentemente na relação de ajuda. (Phaneuf, 2005) Esta relação de ajuda, foi fomentada através de uma comunicação eficaz e dirigida às necessidades de conforto do J.V., tal como referem as autoras.

1.5 - Conclusão

Como implicações para a minha prestação de cuidados de enfermagem no futuro, concluo que é de extrema importância intervir tendo como pano de fundo um

referencial teórico de enfermagem, como a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Deste modo permite-nos “olhar” para a pessoa de uma perspectiva holística, mas tendo noção de como é importante, identificar as suas necessidades de conforto e intervir em conformidade de modo a promovermos o seu conforto.

A ação de confortar para a Enfermagem consiste em proporcionar encorajamento e ajuda à pessoa, para que atinja um estado de conforto onde a preocupação, a dor, angústia e o sofrimento não estejam presentes. (Kolcaba, 1991; 2003) Assim o conforto é a experiência imediata de ver fortalecidas as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psíquico, sociocultural e ambiental. (Kolcaba, 2003)

No que se refere à preparação para a alta é importante que a pessoa submetida a TMO e a sua família fiquem esclarecidos, pelo que os ensinamentos de enfermagem são de extrema importância no acompanhamento de enfermagem. Cuidar das pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a TMO requer ações de enfermagem compreensivas e consistentes. O ensino ao doente e à sua família é fundamental para proporcionar assistência e acompanhar a pessoa e os seus familiares ao longo do processo de transplante. (Keller, 2000)

1.6 - Plano de Ação/Nova perspectiva

Se passasse pela situação outra vez tentaria conhecer melhor a pessoa, com olhar dirigido para as suas necessidades de conforto, pois quanto mais cedo as identificar, mais precoce será a minha intervenção e o seu resultado. Este aspeto irá promover uma melhoria sobre a minha prática de cuidados.

Vou aprofundar ainda mais conhecimentos acerca da comunicação, para no futuro poder adequar as técnicas adequadas à pessoa que tenho perante mim, consoante as necessidades de conforto identificadas na pessoa e na sua família.

Tenho consciência que a nossa formação é contínua, cheia de novas experiências enriquecedoras, merecedoras de reflexão, o que irá permitir desenvolver uma

prestação de cuidados de enfermagem rigorosa, de qualidade e com vista à melhoria do conforto das pessoas.

2 – CONCLUSÃO

Com a realização deste Jornal de Aprendizagem, pude reconhecer que a reflexão é um processo extremamente importante no qual os indivíduos analisam determinadas situações vividas, repensando as teorias implícitas na prática. Os profissionais com capacidade reflexiva estão melhor capacitados para gerir a incerteza e a complexidade da prática clínica. (Williams, Wessel, Gemus, & Foster-Seargeant, 2002)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2002), o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa e sua família e/ou comunidades. Tanto a pessoa enfermeiro, como a pessoa doente possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Deste modo, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Concluo que escrever este jornal de aprendizagem foi mais um passo significativo no meu processo de aquisição/desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica, submetida a TMO e à sua família. Este jornal de aprendizagem contribuiu para fomentar uma prática reflexiva, sustentada por um referencial teórico de enfermagem e com momentos de aprendizagem, nomeadamente na área da comunicação com a pessoa submetida a TMO e em isolamento protetor, pelo que será um importante contributo para a elaboração do relatório de estágio.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society for Blood and Marrow Transplantation. (2009). Guidelines for Preventing Infectious Complications among Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: A Global Perspective. *Biol Blood Marrow Transplant*, 15, 1143 - 1238. Obtido de <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/downloads/hemato-cell-transplants-508.pdf>
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. London: Pan Books.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.
- Hacker, E. D., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., & Dieterle, N. (2006). Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Oncology Nursing Forum*, 614-624.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. (L. Wiggins, Ed.) United Kingdom.
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 677-704). Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 1301-1310.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lisodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.

Pereira, M. d., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi

Phaneuf, M. (2005). *A comunicação, modo de emprego*. Loures: Lusociência.

Williams, R., Wessel, J., Gemus, M., & Foster-Seargeant, E. (2002). Journal writing to promote reflection by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy Theory and Practice*, 5-15.

**APÊNDICE IV– Apresentação no Local de Estágio I: Acompanhamento de
Enfermagem à Pessoa Submetida a TMO e à sua família**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica
Área de Especialização em Enfermagem Oncológica
Unidade Curricular Estágio com Relatório

Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea e à sua família

Vanda Ferreira nº 4044



Sumário

- Acompanhamento de Enfermagem
- Enquadramento Teórico
 - Evidência Científica – RSL
 - Quadro Concetual de Katharine Kolcada
- Estudo de Caso

30-11-2012

Acompanhamento de Enfermagem



- Prestação de Cuidados Especializados à Pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família, desde a preparação, durante o internamento e no pós-alta.
- Capacitação da pessoa submetida a TMO e da sua família para todo o processo de transplantação de medula óssea.

The Bone Marrow Foundation (2012)

30-11-2012

Acompanhamento de Enfermagem



- Informação acerca do TMO
- Preparação e planeamento pré-TMO (Consulta de Enfermagem)
- Internamento e Condicionamento;
- Pós-transplante;
- Preparação para a alta e pós-alta.

The Bone Marrow Foundation, 2012

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica

Metodologia – Revisão Sistemática da Literatura

Pergunta de investigação PI[C]O:

*“Quais as intervenções de enfermagem importantes(I)
para promover o acompanhamento(O) à pessoa
submetida a TMO e a sua família(P)?”*



Palavras – Chave:

Cancer patient **AND**
Stem Cell Transplantation **AND**
Nursing **OR**
Nursing Care **AND**
Follow up

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica - RSL

CHINAL Plus with Full Text,

MEDLINE with Full Text,

Cochrane Database of Systematic Reviews.

Nursing & Allied Health Collection

Bases de dados científicas



90 artigos

Texto
integral

2005-Out 2012

25 artigos



9 artigos

Crítérios de inclusão
e exclusão

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 1

Schulmeister, L., Quiett, K., Mayer, K. (2005). **Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum*. 57-67.

- Doentes submetidos a Auto-TMO com Qt alta dose sofrem imediata ↓Qualidade de Vida(QV).
- ↑QV e ↑satisfação com o atendimento → ↑Evolução clínica.
- Enfermagem: Investir na comunicação, informação, cuidados de enfermagem e apoio ao sobrevivente de cancro.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 2

Hacker, E., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., Dieterle, N. (2006). **Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant.** *Oncology Nursing Forum*. 614-624.

- Doentes submetidos a QT alta dose e Transplante de PBSC
↑fadiga, ↓atividade física e ↓QV.
- Enfermagem: ↑cuidados de enfermagem de incentivo para combater a fadiga imediatamente após o transplante.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 3

Hacker, E., Larson, J., Peace, D. (2011). **Exercise in Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Lessons Learned and Results From a Feasibility Study.** *Oncology Nursing Forum*. 216-223.

- Doentes submetidos a QT alta dose e Transplante de PBSC
↑fadiga, ↓atividade física e ↓ QV.
- Enfermagem: ↑intervenções de enfermagem para treino da
força muscular → ↑ recuperação no pós TMO.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 4

Curcioli, A., Carvalho, E.(2010). **Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing.** *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 716-724.

- Doentes submetidos a TMO apresentam reacções adversas
com produtos frescos ou com criopreservante (PBSC ou Medula
Óssea)
- Enfermagem: Monitorização de todo o processo de infusão
para despiste rápido de sintomas e reacções adversas.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 5

Boonstra, L., Harden, K., Jarvis, S., Palmer, S., Kavanaugh-Carveth, P., Barnett, J., Friese, C. (2011). **Sleep Disturbance in Hospitalized Recipients of Stem Cell Transplantation.** *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 271-276.

- Doentes com sono interrompido → dor, insónia crónica, dificuldade respiratória, obesidade, stress e ansiedade.
- Enfermagem: desenvolver estratégias para reduzir as interrupções do sono e ↑ QV dos doentes.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 6

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.* E1-E8.

- Doentes com altas + precoces, ↑ morbilidade.
- Doentes com ↑ taxa de sobrevivência, ↑ problemas físicos e psicossociais após a alta.
- Enfermagem: ↑ necessidade de ensino de preparação para a alta e ↑ acompanhamento dos doentes após o transplante.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 7

Garbin, L., Silveira R., Braga F., Carvalho, E. (2011). **Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 640-650.

- Artigos revelam evidência científica forte para utilização de filtros HEPA. (P)
- Artigos referem que não há evidência científica forte para isolamento protetor nem para a utilização de máscara. (P)
- Enfermagem: Adequar medidas e equipamento de protecção individual (I), de acordo com as diretrizes do CDC e tipo de TMO com intuito de diminuir o risco de infeção (O).

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 8

Lyons, K., Hull, J., Root, L., Kimtis, E., ARNP, Schaal, A., Stearns, D., Williams, I., Meehan, K., Ahles, T. (2011). **A Pilot Study of Activity Engagement in the First Six Months After Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum.* 75-83.

- Doentes com ↑ níveis de atividade física ↑ ± 30 dias após TMO.
- Doentes com níveis de atividade física estabilizados aos 100 dias pós TMO.
- Enfermagem: promover a satisfação dos doentes e ↑ envolvimento nas suas atividades diárias → ↑ reabilitação durante a recuperação pós TMO.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 9

Brown, M. (2010). **Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation.** *Nursing Standard.* 47-56.

- Intervenções de enfermagem pré, durante e pós TMO alogénico → prevenção de infeção.
- Enfermagem: papel fundamental na prevenção e tratamento de infeções na preparação, durante e no pós TMO.

30-11-2012

Enquadramento Teórico

RSL

- Encontrada evidência científica de intervenções de enfermagem importantes no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO em situações específicas.
- Pouca ou fraca evidência das intervenções à família da pessoa submetida a TMO.

30-11-2012



RSL – família da pessoa submetida a TMO

Enquadramento Teórico

Quadro Conceitual de Katharine Kolcaba Teoria do Conforto

Pessoa: indivíduo com necessidades de **Conforto**

Enfermagem: avaliação das necessidades de **Conforto**

Conforto: Experiência imediata de alívio, tranquilidade ou transcendência a nível dos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Contextos:

- + Físicos
- + Psicoespiritual
- + Sociocultural
- + Ambiental

Estados:

- + Alívio
- + Tranquilidade
- + Transcendência

30-11-2012

(Kolcaba, 2003)

Enquadramento Teórico

Quadro Conceitual de Katharine Kolcaba Teoria do Conforto

➤ Acompanhamento de Enfermagem dirigido à individualidade da pessoa e sua família ao longo de todo o internamento

**Promoção
do Conforto**



As pessoas empenham-se ativamente por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto e quando o conforto é alcançado, os doentes sentem-se fortalecidos.

Kolcaba (2003)

30-11-2012

Estudo de Caso → Teoria do Conforto

J.P.P.M.

- 21 anos de idade,
- sexo masculino,
- raça caucasiana,
- diagnóstico de LMA-M3
- seguido no [REDACTED] desde 28 de Abril de 2010
- Internado na [REDACTED] a 26/Set. → Auto-TMO

30-11-2012

Estudo de Caso → Teoria do Conforto

Cuidados na promoção do conforto

Desconfortos - Contexto Físico:

Náuseas e Vomitos	➡	•Dieta leve e fracionada •Incentivo a realizar higiene oral adequada •Evitar cheiros intensos •Aprepitant, Granisetron e Metoclopramida	A L I V I O F Í S I C O
Fadiga	➡	•Incentivo ao levantar M e T •Incentivo a priorizar atividades para o dia •Realizar atividades favorita (PC, Playstation) • ↑ progressivo das atividades	
Odinofagia	➡	•Dieta mole e fria •Suplementos •Incentivo à Higiene Oral •Morfina em PC	

30-11-2012

Estudo de Caso → Teoria do Conforto

Cuidados na promoção do conforto

Desconfortos - Contexto Psicoespiritual

Perda de interesse
nas atividades lazer



- Apoio Emocional
- Solicitar apoio da Psicóloga
- Estabelecer prioridades nas atividades
- Convite à mãe a participar nos cuidados

Desconhecimento
face aos cuidados
a ter no pós-alta



- Entregue guia "O meu Transplante"
- Esclarecimento de dúvidas
- Ensino de Enfermagem (prevenção de infeção, alimentação, seguimento em Hdia UTM, higiene, atividades físicas e de lazer, etc)

P
S
I
C
O
E
S
P
I
R
I
T
U
A
L

T
R
A
N
Q
U
I
L
I
D
A
D
E

30-11-2012

Estudo de Caso → Teoria do Conforto

Cuidados na promoção do conforto

Desconfortos - Contexto Sociocultural

Sentimento de
inferioridade na
capacidade produtiva
e na insegurança
financeira



- Apoio emocional – relação de ajuda
- Assistente Social
- Apoio da LPCC
- Lar de Doentes

O J. M. ficou mais tranquilo, sentiu-se menos diminuído, mas não colmatou esta necessidade de **TRANSCENDÊNCIA SOCIOCULTURAL**, por ver o seu plano de vida alterado.

Alta – 2 Nov

Hdia  – 6 Nov, consulta médica e cuidados de enfermagem (com carta de transferência).

30-11-2012

Obrigada pela atenção...

30-11-2012

Referências Bibliográficas

Boonstra, L., Harden, K., Jarvis, S., Palmer, S., Kavanaugh-Carveth, P., Barnett, J., Fries, C. (2011). **Sleep Disturbance in Hospitalized Recipients of Stem Cell Transplantation.** *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 271-276.

Brown M (2010). **Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation.** *Nursing Standard*. 47-56.

Curcioli, A., Carvalho, E.(2010). **Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing.** *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 716-724.

Garbin, L., Silveira R., Braga F., Carvalho, E. (2011). **Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 640-650.

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*. E1-E8.

Hacker, E., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., Dieterle, N. (2006). **Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant.** *Oncology Nursing Forum*. 614-624.

30-11-2012

Referências Bibliográficas

Hacker, E., Larson, J., Peace, D. (2011). **Exercise in Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Lessons Learned and Results From a Feasibility Study.** *Oncology Nursing Forum.* 216-223.

Kolcaba, K. (2003). **Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research.** New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1633-7.

Lyons, K., Hull, J., Root, L., Kimtis, E., ARNP, Schaal, A., Stearns, D., Williams, I., Meehan, K., Ahles, T. (2011). **A Pilot Study of Activity Engagement in the First Six Months After Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum.* 75-83.

Schulmeister, L., Quiett, K., Mayer, K. (2005). **Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum.* 57-67.

The Bone Marrow Foundation. (20 de 6 de 2012). **Autologous Bone Marrow/Stem Cell Transplantation: A Medical & Educational Handbook.** Obtido de The Bone Marrow Foundation: <http://www.bonemarrow.org/resources/publications.php>

30-11-2012

APÊNDICE V – Reflexão Crítica do Estágio I



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Vertente Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa submetida a TMO e à sua Família

Reflexão Crítica do Estágio I

Vanda Cristina Lopes Ferreira nº 4044

Lisboa

Novembro de 2012



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

MÉDICO-CIRÚRGICA

Vertente Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Acompanhamento de Enfermagem à
Pessoa submetida a TMO e à sua Família

Reflexão Crítica do Estágio I

Vanda Cristina Lopes Ferreira nº 4044

Lisboa

Novembro de 2012

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CDC - Center for Disease Control and Prevention (Centro de Controlo e Prevenção de Doenças)

CE - Concentrado Eritrocitário,

CP - Concentrado Plaquetário, que pode ser administrado em forma de Pool (de vários dadores) ou CUP.

CUP – Concentrado Unitário Plaquetário (apenas de um dador)

DMSO – dimetilsulfóxido (cripreservante de PBCS ou Medula Óssea)

HEPA, filters - High Efficiency Particulate Air filters (filtro de partículas de ar de elevada eficiência).

PBSC - Peripheral blood stem cells (células sanguíneas pluripotentes periféricas)

PFC - Plasma fresco congelado

QT - Quimioterapia

TMO – Transplante de Medula Óssea

UTM – Unidade de Transplantação Medular

ÍNDICE

Pág

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
INTRODUÇÃO	5
1 - REFLEXÃO CRÍTICA	6
1.1 - Descrição das Atividades desenvolvidas nesta etapa	7
1.2 - Sentimentos.....	12
1.3 – Avaliação	15
1.4 – Análise	16
1.5 – Conclusão.....	17
1.6 – Plano de ação/nova perspectiva.....	17
2 – CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
APÊNDICE	22
Apêndice 1 - Notas sobre as conversas informais com as pessoas submetidas a TMO e à sua família acerca da Consulta de Enfermagem Pré-TMO	

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar a seguinte Reflexão Crítica de Estágio, inserida na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que decorreu no Local de Estágio I, na Instituição I, sob a orientação da Professora Eunice Sá e da Enfermeira Orientadora deste local.

Com esta Reflexão Crítica de Estágio tenho como objetivo realizar uma reflexão estruturada, utilizando o Ciclo Reflexivo de Gibbs, sobre o estágio desenvolvido na Unidade de Transplantação Medular (Local de Estágio I), dando ênfase às atividades realizadas que contribuíram para um ganho de competências na área do Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea (TMO) e à sua Família.

A finalidade deste trabalho é realçar as competências de enfermagem adquiridas, especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica, tendo como orientação da minha prática de cuidados a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

De acordo com o método referido, a orientação do trabalho escrito será baseada na reflexão em seis momentos: descrição do estágio, sentimentos, avaliação, análise, conclusão, plano de ação/nova perspectiva. (Jasper, 2003)

1 - REFLEXÃO CRÍTICA

Segundo Johns (2009), uma reflexão sobre uma situação ou experiência ocorre sempre que há reflexão após o evento, com a intenção de aumentar conhecimentos de modo a influenciar a prática futura de forma positiva. Nesta linha de pensamento, pretendo realizar uma reflexão sobre a minha prática de cuidados, com o intuito de melhorar a minha prestação de cuidados de enfermagem no futuro, promovendo um aumento da qualidade dos mesmos.

A escolha desta Unidade de Transplantação Medular (UTM), prendeu-se com o fato de ser um centro de excelência na área da transplantação medular, perspetivando assim uma aumento de experiência, com vista à aquisição de competências na área da Enfermagem Oncológica, mais concretamente no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Desenvolvi trabalho de campo neste serviço, inserido noutra Unidade Curricular, onde tive oportunidade de compreender que era uma serviço rigoroso, onde se praticam cuidados de enfermagem baseados em evidência científica e com vista a proporcionar excelência nos cuidados centrados na pessoa e na sua família.

Como suporte da minha prática de cuidados sigo um referencial teórico de Enfermagem, o Quadro Concetual da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Para fundamentar o meu processo de aquisição de competências neste estágio, irei adequar o nível por mim adquirido segundo o Modelo Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, adaptado pela teórica Patrícia Benner. (Benner, 2001)

1.1 - Descrição das Atividades desenvolvidas nesta etapa

Iniciei o meu estágio no dia 1 de Outubro de 2012, ansiosa por este novo ciclo na minha aprendizagem na área da Enfermagem Oncológica e dirigido em particular para a pessoa submetida a TMO e à sua família. Pela minha experiência de observação no trabalho de campo, tinha este serviço com um centro de referência, onde se cuidam pessoas com doenças hemato-oncológicas, submetidas a TMO, dando especial atenção às suas famílias. Agora, com o estágio, não pretendia apenas observar, queria cuidar, partilhar com as pessoas este momento importante do seu processo de tratamento e prestar cuidados de enfermagem indo de encontro às suas necessidades de conforto e das suas famílias.

Fui recebida pela Enfermeira Coordenadora, que demonstrou disponibilidade para explicar as normas e funcionamento do serviço, os seus recursos materiais e qual o método de trabalho dos enfermeiros nesta unidade.

A UTM é composta por três zonas, a zona suja, zona limpa e zona ultralimpa. A zona suja corresponde ao corredor externo que circunda o serviço, por onde se realiza o circuito dos lixos, da roupa suja e também das visitas. A zona limpa compreende a UTM propriamente dita, onde os profissionais de saúde e as visitas entram com proteção dos sapatos e após desinfecção das mãos com solução alcoólica ou lavagem higiénica das mãos. A zona ultralimpa diz respeito aos sete quartos de isolamento protetor, onde há entrada de ar por pressão positiva com filtros de ar HEPA (High Efficiency Particulate Air), que mantém o quarto em isolamento e menor risco de contaminação, próprio para receber pessoas sujeitas a quimioterapia intensiva, em aplasia e com neutropénias prolongadas. Segundo as *guidelines* de prevenção de infeção oportunista entre recetores de transplante de progenitores hematopoiéticos, o uso de um ambiente protector é recomendado, visando minimizar o risco de infeção fúngica invasiva, em que os filtros HEPA, se tornam fundamentais na proteção do ambiente. (Garbin, Silveira, Braga, & Carvalho, 2011)

A equipa de Enfermagem apresenta um rácio de 1 enfermeiro para cada 2 doentes, o que lhes permite ter tempo para realizar um acompanhamento de enfermagem estruturado às pessoas e suas famílias. É uma unidade que prima por cumprir

rigorosas normas de prevenção de infeção, mantendo o isolamento protetor com medidas protetoras, tais como o uso de proteção dos sapatos, máscara, touca e bata limpa sempre que algum elemento da equipa multidisciplinar e/ou visita entra nos quartos de isolamento dos doentes.

Durante o estágio acompanhei as pessoas submetidas a TMO e as suas famílias nas diversas fases do seu tratamento, na preparação através da consulta de enfermagem, durante o internamento e também no pós-alta em contexto de Hospital de Dia da UTM. Consegui intervir e acompanhar nas diferentes etapas que as pessoas atravessam e realizar cuidados de enfermagem indo de encontro às suas necessidades de conforto, com recurso a uma comunicação assertiva e congruente. Para Lazure (1994), a relação de ajuda tem como objetivo, através da comunicação, dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber e escolher por si. A escuta constitui o pano de fundo das atitudes de receptividade e de partilha fundamentais na comunicação e consequentemente na relação de ajuda. (Phaneuf, 2005)

No internamento, na UTM, foi importante compreender o rigor e as intervenções que se desenvolvem em torno destas pessoas, da sua importância e relevância na prática de cuidados. Levantei as necessidades de conforto das pessoas a que prestei cuidados e desenvolvi estratégias, em sintonia com a Enfermeira Orientadora, de modo a colmatar essas mesmas necessidades. Consegui integrar-me na equipa, sentindo que podia dar o meu contributo através da minha avaliação das necessidades de conforto, para ajudar em tomadas de decisão e melhorar o conforto das pessoas submetidas a TMO e também das suas famílias. Acompanhei pessoas na fase que antecede o TMO, no condicionamento, tendo oportunidade de realizar ensinamentos relativos às complicações da quimioterapia (QT), da importância do isolamento protetor e das medidas que eram adotadas. Também realizei ensino acerca do dia zero (dia da infusão do TMO), explicando o procedimento, esclarecendo dúvidas e realçando ensino acerca das possíveis complicações e das medidas que se podiam tomar se tal acontecesse. Tive oportunidade de acompanhar pessoas em fase de aplasia, com neutropénia febril, tendo adotado medidas de monitorização das infeções, tais como realização de hemoculturas, uroculturas, coprocultura e administrado antibioterapia, de acordo com prescrição médica. Desenvolvi ensinamentos de preparação para a alta à pessoa e à sua família com

suporte do guia em vigor na instituição, com o objetivo de os preparar para a etapa seguinte de seguimento em ambulatório e sem o ambiente protegido da UTM. Realizei ensinamentos sobre a alimentação, desde o conteúdo, à preparação e sua conservação; sobre a prevenção de infecções, em relação à limpeza da casa, à higiene pessoal e oral; sobre a importância da terapêutica de ambulatório e da sua posologia; sobre a sexualidade; sobre o seguimento no Hospital de Dia da UTM e foram esclarecidas dúvidas. Consegui realizar um acompanhamento de enfermagem desde o internamento até ao Hospital de Dia, onde prestei cuidados de enfermagem às pessoas que cuidei na UTM. Constatei como é realizada a articulação entre a UTM e o Hospital de Dia da UTM, e tive oportunidade de realizar duas cartas de transferência que tiveram *feedback* positivo dos enfermeiros que as receberam. As intervenções desenvolvidas tiveram como linha orientadora Kolcaba (2003), que refere que cabe aos enfermeiros satisfazer as necessidades de conforto identificadas, considerando o conforto como um resultado holístico em enfermagem. As intervenções de enfermagem são consideradas em função da capacidade de manter as pessoas confortáveis, identificando as suas necessidades de conforto e aplicando o seu conhecimento para as colmatar. (Kolcaba, 2003)

No Hospital de Dia da UTM realiza-se a Reunião Multidisciplinar de Decisão Terapêutica, à qual pude assistir, que me permitiu compreender a avaliação médica que é realizada antes do TMO e que critérios são tidos em conta na seleção das pessoas a entrar na UTM. São considerados muitos aspetos, tais como gravidade da doença e necessidade de TMO, apoio no domicílio assegurado, no sentido de certificar que mantêm cuidados após a alta, apoio familiar e distância da morada da pessoa relativamente à Instituição I. Tive a oportunidade de realizar uma visita domiciliária a uma criança vinda de Angola, residente numa pensão, que tinha programado o seu TMO para breve. A visita foi realizada pela Enfermeira Coordenadora da UTM e pela Assistente Social, com a finalidade de constatar as condições existentes na pensão em termos de higiene, das instalações sanitárias, como é preparada a alimentação e a higiene diária do quarto. Concluiu-se que havia condições para receber aquela criança, essa informação foi transmitida à Equipa Médica e após esta decisão decidiram avançar com o Transplante de Medula Óssea. Neste caso particular tratava-se de uma criança, mas se fosse adulto a

preocupação mantinha-se, o que considerei de grande importância quando pretendemos prestar cuidados e enfermagem holísticos e abrangentes.

A minha experiência de estágio no Hospital de Dia da UTM foi muito enriquecedora pois tive oportunidade de constatar as intercorrências que acontecem em ambulatório às pessoas com doença hemato-oncológica pós TMO. Constatei o conhecimento técnico-científico da equipa de enfermagem e da organização realizada no sentido da promoção do acompanhamento de enfermagem de todas as pessoas submetidas a TMO. Na Instituição I foi criada uma Consulta de Enfermagem Pré-TMO, para dar resposta a uma necessidade de preparar a pessoa e a sua família para o TMO. Tive oportunidade de assistir a 3 consultas de enfermagem e de realizar 1 consulta que foram subsídios importantes para mobilizar na implementação do meu projeto no meu contexto de trabalho. As pessoas e suas famílias, referiram ter sido importante a consulta de enfermagem pré-TMO, na preparação, ajudando a compreender como seria o internamento, o isolamento, a QT, a aplasia e como seria o dia-a-dia numa unidade de isolamento como a UTM. Disseram que assim não iam com tantas dúvidas para enfrentar algo desconhecido. As opiniões das pessoas são, sem dúvida, uma mais valia para podermos desenvolver práticas de cuidados que vão de encontro às suas necessidades. Assim, estas opiniões colhidas foram dados importantes para poder melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, pois o seu contributo foi importante na construção e planeamento da Consulta de Enfermagem Pré-TMO, atividade inserida no Projeto de Intervenção aplicado ao meu contexto de trabalho.

Além do estágio na UTM e no Hospital de Dia da UTM, foi importante ter-me sido permitido conhecer vários serviços externos ao Serviço, mas que estão intimamente interligados a este, tais como a Unidade de Nutrição e Dietética, o Serviço de Imunohemoterapia, o Serviço de Criobiologia. Com estas visitas, consegui compreender os recursos importantes no acompanhamento à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família.

Na Unidade de Nutrição e Dietética são preparados, confeccionados e acondicionados os alimentos das pessoas submetidas a TMO. A preparação ocorre

numa área à parte da alimentação do restante Instituição, sempre com a mesma funcionária, usando máscara e touca na preparação dos alimentos em câmara de fluxo horizontal. Seguidamente colocam a alimentação em pratos e depois são cozidos em temperaturas elevadas em panelas de pressão, que lhes permite realizar uma cozedura e descontaminação eficazes, embalados com dois sacos de um plástico que não se destroi com elevadas variações de temperatura. Para consumo imediato são colocadas num autoclave, ou então, imediatamente congelados, o que diminui o risco de contaminação por microrganismos. Estes pratos são levados até à UTM, num carro próprio protegido e armazenada numa arca congeladora, em que a comida só é descongelada imediatamente antes de ser entregue à pessoa. A observação destes procedimentos faz-me refletir sobre a minha prática no meu contexto de trabalho e retirar subsídios para aplicar na unidade onde presto cuidados.

Outro serviço de apoio à UTM é o Serviço de Imunohemoterapia, que realiza as colheitas de sangue e dá apoio à UTM com transfusões de CE (concentrado eritrócitário), CP (concentrado plaquetário) que pode ser em forma de Pool ou CUP (concentrado unitário plaquetário), PFC (plasma fresco congelado) entre outros produtos importantes no controlo da homeostasia das pessoas submetidas a TMO. Observei o percurso desde a colheita do dador (colheita de Sangue Total, cerca de 400 ml de cada pessoa) até ao seu processamento. Em seguida acompanhei os produtos até ao laboratório e constatei de que forma as células do Sangue Total são separadas e transformadas em CE e CP. Observei como são desleucocitadas e irradiadas as transfusões, aspeto importante no caso de pessoas submetidas a TMO, onde estes aspetos têm de ser tidos em linha de conta, afim de evitar reações adversas às transfusões. São realizados testes específicos entre a amostra de sangue do doente e o da transfusão imediatamente antes da sua infusão. São testados vários tipos de incompatibilidade, apenas observei a incompatibilidade do Sistema AB0 e se há aglutinação entre as duas amostras. Também neste serviço importa referir que são realizadas colheitas de sangue para inscrição na base de dados para doar medula óssea. Para tal, basta preencher um pequeno questionário clínico, que será avaliado por um médico, e será recolhido um tubo de sangue para testes. Se tudo estiver em conformidade na amostra, os dados do dador serão

guardados numa base informática nacional e internacional. O anonimato é rigorosamente mantido, se for identificado como possível, o dador será contactado e serão feitos mais testes de compatibilidade. Se estes indicarem que há uma perfeita semelhança, prossegue-se para a colheita de medula óssea.

Fui visitar o Serviço de Criobiologia, importante no processamento e armazenamento dos Progenitores Hematopoiéticos colhidos na Instituição I, ou noutras instituições que serão infundidos em doentes desta instituição. Visualizei o processamento das PBSC (Peripheral Blood Stem Cells), e a administração do DMSO (dimetilsulfóxido) que permite a criopreservação destes produtos em azoto líquido.

No sentido da partilha de conhecimento e troca de experiências, propus transmitir os achados da Revisão Sistemática da Literatura (RSL) que realizei acerca do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, revelando o Estudo de Caso que realizei onde menciono a minha avaliação das necessidades de conforto da pessoa e família e as intervenções que desenvolvi no sentido de as colmatar. Para tal realizei uma Sessão Formativa, que teve um feedback positivo e cativou os elementos da equipa de enfermagem que assistiram, pois de forma informal, vieram transmitir-me o seu agrado e ficaram interessados nos artigos abordados. Deixei como complemento de leitura os achados da RSL, para consulta da Equipa de Enfermagem.

Este estágio foi de extrema importância e uma mais valia no meu percurso, importante para concretizar os objetivos a que me propus no meu projeto de intervenção e consequentemente melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

1.2 - Sentimentos

Foram vários os sentimentos por mim experienciados no decorrer deste estágio, que me fizeram refletir sobre a minha prática de cuidados com vista à melhoria das minhas intervenções de enfermagem no futuro.

Senti-me ansiosa no início do estágio, por ser um local de estágio específico, não era uma área diferente da qual presto cuidados, mas por ser noutra instituição com filosofia diferente, pelo serviço apresentar várias especificidades e algumas diferenças do meu. Fui acolhida pela Equipa Multidisciplinar pois senti-me integrada na Equipa de Enfermagem, o que foi importante para reduzir esta minha ansiedade e sentir segurança na minha atuação. A Enfermeira Orientadora foi um elemento facilitador deste processo de integração e foi um elemento de referência na prática de cuidados, na partilha de conhecimentos e no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

As normas e funcionamento do serviço são rigorosas e senti-me insegura nos primeiros dias, até interiorizar estas especificidades e sentir segurança nos meus cuidados e nos novos procedimentos. Fiquei contente por conseguir assimilar estas regras, tornando-me autónoma na prestação de cuidados à pessoa e família. Este aspeto permitiu-me constatar que adotei intervenções que foram de encontro às necessidades de conforto avaliadas, fiquei contente por esta evolução e por melhorar, consequentemente, o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Outro aspeto que me fez sentir insegura foi no primeiro contacto com as pessoas, senti que no início era difícil estabelecer um diálogo, senti as pessoas “retraídas”, pouco comunicativas. Refleti sobre isto, estava a causar-me alguma ansiedade, pois acho de extrema importância a relação de ajuda que se estabelece com as pessoas e as suas famílias, uma intervenção autónoma de enfermagem que, habitualmente, tenho facilidade em desenvolver. Pensei no que poderia estar errado na minha atuação, nas pessoas que tinha perante mim e que necessidades de conforto poderiam existir que poderiam estar a dificultar o estabelecimento desta relação. Será porque aqui estou numa condição de aluna e transmito a minha insegurança? Esse pode ser sido um aspeto dificultador, outro poderá advir do uso do equipamento de proteção individual, extremamente necessário, mas que poderá dificultar a comunicação e o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda. De acordo com os achados da RSL que realizei, as medidas protetoras estão a diminuir ao longo de várias unidades de transplantação em todo o mundo, com recomendações do CDC (Centers for Disease Control and Prevention), esse aspeto

foi abordado com a Equipa de Enfermagem que é sensível a este aspeto. Mank & Van Der Lelie, citados por Santos, Ribeiro, Silva, Atalla, & Neto (2011), em contexto de unidade de transplantação de medula, afirmam que o desuso de medidas de isolamento protetor, em combinação com campanhas de sensibilização para o uso da lavagem higiénica das mãos para profissionais e visitas não aumenta o risco de infeção, reduz custos e aumenta a satisfação do doente. (Santos, Ribeiro, Silva, Atalla, & Neto, 2011) Embora os autores afirmem que devem ser sempre adequadas medidas adequadas ao contexto, situações e tipo de TMO.

Com o tempo, fui ganhando confiança e demonstrei às pessoas disponibilidade para as acompanhar, para cuidar delas. Fui fomentando confiança, através das técnicas da relação de ajuda, como a escuta ativa e a empatia, e com recurso a técnicas de comunicação fomentadas por Buckman, nomeadamente manter um ambiente privado, reforçar o que a pessoa disse pegando nas suas palavras, utilizando repetição e parafrasear ao longo do discurso. Desta forma, estabeleci uma relação de ajuda e terapêutica com a pessoa submetida a TMO e à sua família, tendo como orientação Buckman (1992), que refere que o ambiente em torno da entrevista e o contexto físicos são de extrema importância para que a pessoa se sinta confortável e receptiva à informação que lhe é fornecida.

Com as visitas aos serviços que dão apoio à UTM, compreendi a articulação necessária entre estes na promoção do acompanhamento à pessoa submetida a TMO. Senti que os conhecimentos que adquiri foram, sem dúvida, uma mais valia no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, transpondo estes conhecimentos para a implementação do meu projeto de intervenção.

Realço a visita domiciliária, pela sua importância na decisão terapêutica de realizar um TMO, e de como a avaliação de enfermagem realizada foi tida em conta na reunião multidisciplinar e na tomada de decisão de realizar o TMO. Através desta situação específica reconheci a valorização que a Equipa de Enfermagem tem no serviço, uma vez que a opinião dada pelos enfermeiros, como profissional mais próximo da pessoa doente, é tida em conta e é ponderada nas decisões que envolvem a mesma.

1.3 – Avaliação

Apliquei uma prática reflexiva sobre o estágio e sobre o meu processo de aquisição de competências, de enfermeira especialista na área da enfermagem oncológica, baseada nas minhas intervenções na satisfação das necessidades de conforto da pessoa e da sua família. O cuidado e as intervenções de enfermagem são denominadas por Kolcaba (2003), como medidas de conforto com o objetivo de promover um estado de alívio físico e mental. Ao confortarmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, pretende-se que este alívio seja global, e se concretize num esclarecimento de dúvidas e explicação de normas e procedimentos, no controlo sintomático, na relação de ajuda, no apoio à família, para que haja preparação para o percurso e trajetória da sua doença e a pessoa se sinta confortada.

Para Kolcaba (2003) o conforto é considerado como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; o segundo estado, tranquilidade, é um estado de calma ou de satisfação e é necessário para um desempenho eficiente; o terceiro estado, transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

O estágio, permitiu-me aplicar os conhecimentos teóricos na prática e ir de encontro às necessidades de conforto da pessoa submetida a TMO e à sua família, demonstrando elevado julgamento clínico através das minhas intervenções. Realço o meu processo de aquisição de competências de enfermeira especialista, indo ao encontro ao preconizado pela Ordem dos Enfermeiros que refere que o enfermeiro especialista apresenta

um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Senti uma evolução positiva neste processo de aquisição de competências e crescimento como enfermeira que me permitiram atingir um nível de perita no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família e proficiente na área da enfermagem oncológica. (Benner, 2001)

1.4 – Análise

Das reflexões que realizei durante a realização deste estágio, questionei a minha prática de cuidados, por exemplo acerca das medidas de isolamento protetor utilizadas. Frequentemente as pessoas dizem que não conhecem os enfermeiros, que parecem todos iguais, vestidos de verde, com máscara e touca. Despersonaliza a pessoa por detrás do enfermeiro podendo comprometer a relação terapêutica.

Compreendi que inicialmente demonstrei alguma insegurança, o que não transmitiu segurança às pessoas para confiarem em mim e no meu cuidado. Tive consciência de que as nossas atitudes influenciam a relação com o outro, refleti e senti necessidade de mudar a minha atitude. Com a integração no estágio, aumentei a confiança em mim, e isso foi facilitador na mudança da minha atitude e consegui estabelecer relação terapêutica com as pessoas e suas famílias que tive oportunidade de acompanhar.

Achei uma mais valia para a Enfermagem, a autonomia que a nossa profissão tem neste serviço. As avaliações e apreciações dos enfermeiros são tidas em linha de conta, fato evidente nas reuniões semanais, com a equipa multidisciplinar. Deste modo, com articulação entre os vários elementos da Equipa Multidisciplinar, há benefícios para a pessoa submetida a TMO e a sua família. Para Kolcaba (2003), os enfermeiros identificam e eliminam as causas dos desconforto, promovendo a sua tranquilidade, sendo o conforto um resultado desejável.

Retirei vários subsídios deste estágio que me permitirão aplicar na minha prática de cuidados diários, no meu serviço, tais como a consulta de enfermagem, os cuidados de enfermagem realizados pela equipa no acompanhamento da pessoa submetida a TMO e à sua família, assim como os cuidados na preparação para a alta. Pretendo

articular estes contributos com o meu Projeto de Intervenção de modo a melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

1.5 – Conclusão

A realização deste estágio contribuiu para melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. Consegui adquirir competências de enfermeira especialista na área da enfermagem oncológica, assim como consegui atingir os objetivos de estágio, através da realização das atividades por mim programadas. Como atividades prestei cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família nas diversas fases, como a preparação, durante o TMO e no pós-TMO.

O estágio foi bastante enriquecedor para adquirir subsídios para a implementação do projeto de intervenção que irei desenvolver em seguida na minha unidade, como por exemplo a consulta de enfermagem pré-TMO.

De acordo com Benner (2001), realço a aquisição de competências, atingindo o nível de proficiente no cuidado de enfermagem à pessoa com doença oncológica e de perita no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

1.6 – Plano de ação/nova perspectiva

Com a realização deste estágio e com a minha aquisição de competências, pretendo aplicá-las na minha prática de cuidados diários, no meu serviço, de modo a melhorar a prestação de cuidados e o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. Neste sentido, ao longo do estágio desenvolvi várias conversas informais com as pessoas e suas famílias sobre a importância da consulta de enfermagem Pré-TMO e sobre os aspetos que valorizou, para poder desenvolver a consulta indo ao encontro das necessidades de conforto referidas pelas pessoas

na primeira pessoa. Deste modo, fica em Apêndice a partilha de algumas opiniões das pessoas, que foram subsídios importantes para o Projeto de Intervenção que aplicarei seguidamente no serviço onde presto cuidados.

Com a experiência das diversas situações com que me deparei no estágio, permitiram repensar a minha prática de cuidados, estando consciente de que o processo de formação e de aquisição de competências está em constante evolução, assumindo o compromisso de procurar a excelência dos cuidados, promovendo o conforto da pessoa e da sua família.

2 – CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho, inserido na Unidade Curricular Estágio com Relatório, consegui descrever intervenções e atividades por mim desenvolvidas em contexto de estágio, que contribuíram para melhorar competências de enfermeira especialista na área da enfermagem oncológica.

Com a realização desta Reflexão de Estágio, reconheço a importância de pensar sobre a nossa prática de cuidados, em que a reflexão é um processo extremamente importante no qual os indivíduos pensam sobre determinadas situações vividas e as avaliam, repensando as teorias implícitas na prática. Os profissionais com capacidade reflexiva estão melhor capacitados para gerir a incerteza e a complexidade da prática clínica. (Williams, Wessel, Gemus, & Foster-Seargeant, 2002)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro, a pessoa e sua família. Tanto a pessoa enfermeiro, como a pessoa doente possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. (Ordem dos Enfermeiros, 2002) Deste modo, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Concluo que este estágio foi um contributo enriquecedor para melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, contribuindo para um aumento da qualidade dos meus cuidados de enfermagem consequência da aquisição de competências na área da enfermagem oncológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. London: Pan Books.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. (L. Wiggins, Ed.) United Kingdom.
- Johns, C. (2009). *Becoming a Reflective Practitioner*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 677-704). Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da Republica*, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, 8648-8653.
- Pereira, M. d., & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi.
- Phaneuf, M. (2005). *A comunicação, modo de emprego*. Loures: Lusociência.

Williams, R., Wessel, J., Gemus, M., & Foster-Seargeant, E. (2002). Journal writing to promote reflection by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy Theory and Practice*, 5-15.

Apêndice

**Apêndice 1 - Notas sobre as conversas informais com as pessoas submetidas
a TMO e à sua família acerca da Consulta de Enfermagem Pré-TMO**

Notas das conversas informais realizadas à Pessoa com doença hemato-oncológica e à sua família acerca da Consulta de Enfermagem Pré-TMO:

 **J.P.P.M.** 21 anos LMA-M3 – Transplante Autólogo

Natural dos Açores (Ilha Terceira), estudante de Engenharia Informática na Covilhã. Tem antecedentes de obesidade morbida e HTA medicada.

O J. M. refere ter sido importante a consulta de enfermagem pré- TMO no Hospital de Dia antes do internamento, pois assim conseguiu saber o que podia ou não trazer para o quarto, quais as regras na unidade e a importância do isolamento. Diz que já tinha vindo antes à unidade em visita a um colega, mas que observou o quarto por fora, com outra perspetiva e achava que tinha noção do quarto. Na altura da visita à unidade já viu o quarto com “outros olhos” e constatou que com a informação disponibilizada pela Enfermeira foi consolidada, pois conseguiu observar o local onde e como tudo se iria realizar. À primeira vista o J.M. gostou da decoração do quarto, não gostou da cadeira sanitária, não estava habituado a esta situação. Gostou do LCD na parede e de poder fechar e abrir os estores, por sentir que poderia controlar melhor o ambiente em seu redor.

Dos ensinamentos realizados na Consulta de Enfermagem Pré-TMO, destaca que os que melhor recorda são sobre as normas relativas à alimentação, as rotinas do serviço e as regras a cumprir. Segundo o J.M não sente efeitos negativos com o isolamento, refere que em internamentos anteriores na Hematologia também esteve num quarto sozinho e que isso o ajudou na gestão da situação. Foi seguido pela psicóloga do serviço, incluindo agora na unidade, que ajudou a encontrar estratégias para lidar com o afastamento da família. Apesar da falta que sente, há a compensação da visita diária da mãe, que é a sua pessoa significativa. O pai vem todos os fins de semana dos Açores e o irmão, agora em aulas, vem menos vezes. Mas falam todos os dias via telemóvel e/ou vídeo conferência.

Gostaria de ser contactado após a alta, sentiria-se mais seguro e saberia que não o esquecem, continuando assim a ter ligação com a equipa de enfermagem da unidade.



Sr^a C.M. mãe do J.P.P.M.

A mãe do J. M. apresentava dúvidas que esclareceu na Consulta de Enfermagem pré-TMO. Falou também com outras mães, mas não sabia se a informação era correta, mas através dos Ensinos de Enfermagem conseguiu consolidar as ideias. Tinha dúvidas na roupa a trazer, o que podia trazer para o quarto e sobre a alimentação.

Gostou muito da visita à unidade, pois pôde conhecer a equipa de enfermagem que iria cuidar do seu filho. É do seu agrado um contacto após a alta; sabe que explicam todos os cuidados no pós-alta, mas acha que vai sempre ter outras dúvidas e, deste modo, poderia esclarecê-las.



C. A. M. C. 34 anos LLA – Transplante Alogénico não relacionado

Residente no Pinhal Novo, Palmela, motorista de pesados de transporte de substâncias perigosas. Tem antecedentes de obesidade. O C.C. achou muito importante a Consulta de Enfermagem Pré-TMO, pois tinha dúvidas acerca do transplante em si e de como seria o internamento, pelo que as Enfermeiras esclareceram essas dúvidas. Com o internamento anterior na Hematologia já tinha algumas informações e já cumpria muitos dos cuidados, mas refere que assim foi mais específico e concreto. Recorda que os ensinamentos que mais valorizou foram acerca da alimentação, das regras do serviço e do isolamento.

Gostou bastante da visita à unidade, conheceu as enfermeiras e o espaço onde iria permanecer tanto tempo. Achou a decoração agradável, não gostou de saber que o quarto não tinha casa de banho privativa e que sentiria a falta de um duche e da sua privacidade, mas achou que há muitas medidas que ajudam a contrariar esse aspeto.

O isolamento está a ser difícil de ultrapassar, tinha muitas revistas de motos e de carros para trazer que se iriam estragar com a esterilização e não foi possível ter no quarto. Trouxe o computador portátil, o rádio, e a TV também tem ajudado a passar o tempo, assim como a companhia da sua esposa que é a pessoa significativa.

Gostaria de ser contactado após a alta, pois acha que irá sempre ter inseguranças e dúvidas e assim mantém a ligação com a equipa de enfermagem da unidade.



Sr^a. S. C. Esposa do C. A. M. C.

Achou muito importante existir uma Consulta de Enfermagem Pré-TMO, pois conseguiu esclarecer muitas dúvidas. Assim ficou a saber que objetos poderia trazer, como os cuidados a ter com a roupa, que restrições existem no internamento, como seriam as visitas e os cuidados que ela tinha de ter.

Considerou a visita à unidade importante, pois assim conheceu a equipa de enfermagem que ia cuidar do seu marido, conheceu o quarto, as condições e as regras do serviço, sendo que esse aspeto a preparou para saber o que trazer no dia do internamento. Refere também que trazia a mala cheia e que ao entrar lhe disseram que trazia muita coisa, mas o ensino que foi feito foi eficaz de tal forma que ficou tudo o que trouxe.



Sr. T. S..56 anos – Linfoma do Manto – Auto-TMO

O Sr. T. S. natural de São Tomé, reside em Olhão e é pedreiro de profissão, vive sozinho, divorciado e tem um filho em São Tomé. Para ele a Consulta de Enfermagem pré-TMO foi importante, pois ajudou a compreender como seriam passados os dias em isolamento e a importância de estar protegido. Como é de longe, foi importante saber antecipadamente, através da consulta, os pertences que podia ou não trazer, pois não tinha outra hipótese de lhes trazerem noutra altura.

Os ensinamentos de enfermagem que mais valorizou foram acerca da alimentação, das consequências do tratamento com quimioterapia e do isolamento. Explicaram-lhe como seria a higiene mas só compreendeu quando entrou no quarto.

Gostaria de ser contactado após a alta, pois sentia que não o tinham esquecido e poderia voltar a esclarecer dúvidas, pois pensa que irá ter sempre que esclarecer algum aspeto.

 **J. P. V.** 24 anos. LMA- Transplante Alogénico não relacionado.

O J. V. reside no Barreiro com a mãe que é a sua pessoa significativa, apesar da namorada também estar presente bastantes vezes. Veio transferido do Hospital dos Capuchos para realizar TMO, então acha que a Consulta de Enfermagem foi importante para se integrar na Instituição e no tipo de cuidados que ia receber.

A sua namorada é enfermeira, mas a área de TMO é tão específica que ela desconhecia os cuidados, e assim os ensinamentos de enfermagem foram importantes para perceber como seria o internamento na unidade. Os ensinamentos que mais valorizou foi acerca do isolamento, da alimentação, das visitas. Não gostou de saber que não tinha casa de banho, diz que até hoje não se conforma com essa ideia, pois sente falta da privacidade. Refere também que o isolamento está a ser difícil de ultrapassar, o quarto é muito pequeno, se não fosse o computador que não iria aguentar muito tempo pois necessita dos amigos e da família para se distrair.

Refere que gostaria de ser contactado após a alta, mas que não vai ter saudades do isolamento do quarto e da unidade, pois custou-lhe muito. O J.V. estava na altura desta conversa a sair da aplasia, no dia +11 pós TMO, e só estava centrado em ter alta.

APÊNDICE VI – Estudo de Caso II



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Estudo de Caso II

*Acompanhamento de Enfermagem
à pessoa submetida a Transplante
de Medula Óssea e à sua família*

Vanda Cristina Lopes Ferreira nº 4044

Lisboa

Janeiro de 2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Vertente Oncológica

Estudo de Caso II

Acompanhamento de Enfermagem à
pessoa submetida a Transplante de
Medula Óssea e à sua família

Vanda Cristina Lopes Ferreira nº 4044

Lisboa

Janeiro de 2013

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP – Alimentação Parentérica

AP20 – acção prolongada de 20 mg de nifedipina

ARA-C – Citarabina

BuCy – Esquema de condicionamento composto por Bussulfan e Ciclofosfamida

CFF – Ciclofosfamida

CVC - Cateter Venoso Central

DMSO – Dimetilsulfóxido (criopreservante das PBSC)

EBMT - European Group for Blood and Marrow Transplantation – Grupo Europeu de Transplantação de Medula Óssea

EONS - European Oncology Nursing Society – Sociedade Europeia de Enfermagem Oncológica

GVHD - Graft Versus Host Disease (Doença do Enxerto Versus Hospedeiro)

IDAC – Ciclo de quimioterapia composto por Idarrubicina + ARA-C

HLA - Human leukocyte antigen (antigénio de leucócitos humanos)

HTA – Hipertensão Arterial

MO – Medula Óssea

MTX – Metotrexato

PCR – Proteína C-Reativa

PBSC - Peripheral blood stem cells (células sanguíneas pluripotentes periféricas)

QT – Quimioterapia

TAC - Tomografia Axial Computorizada

TMO – Transplante de Medula Óssea

VAS - Visual Analogic Scale – Escala Visual Analógica

ÍNDICE

	Pág.
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	3
INTRODUÇÃO	6
1 - DESCRIÇÃO DO CASO	7
2 - FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS	11
3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar o seguinte Estudo de Caso, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que está a decorrer no Local de Estágio II, na Instituição II sob a orientação da Professora Eunice Sá e da Enfermeira Orientadora do Estágio II.

Segundo Fortin (2009), o estudo de caso consiste no exame detalhado e completo de um fenómeno ligado a uma entidade social, que pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização. Neste estudo de caso tenho como objetivo recorrer ao quadro concetual de Katharine Kolcaba e à sua Teoria do Conforto, para examinar de forma detalhada a pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea (TMO) e o acompanhamento de enfermagem que tive oportunidade de realizar.

O objetivo deste trabalho é fundamentar os cuidados prestados e assim desenvolver competências especializadas de enfermagem no Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família e, conseqüentemente, desenvolver competências especializadas na área da Enfermagem Oncológica.

A linha orientadora deste estudo de caso será constituída pela exposição do caso clínico com a respetiva colheita de dados; pela fundamentação teórica dos cuidados prestados; pela análise do caso segundo o quadro concetual de Kolcaba e pelas considerações finais que incluem a reflexão e discussão do caso clínico apresentado.

1 - DESCRIÇÃO DO CASO

A J. C. N. F. M. tem 27 anos de idade, sexo feminino, raça caucasiana, seguida na Instituição II desde 26 de Agosto de 2012 com diagnóstico de Sarcoma Mieloide. Foi internada na unidade para realizar condicionamento para Transplante Alogénico da irmã de PBSC (Peripheral Blood Stem Cells)

Tem como antecedentes pessoais Síndrome do Colón Irritável¹⁴, Rinite Alérgica¹⁵ e sem outros relevantes. Não tinha tido internamentos anteriores antes do diagnóstico de Sarcoma Mieloide.

Para compreendermos o percurso de doença que a J. C. teve e podermos realizar um acompanhamento de enfermagem eficaz, importa conhecer a sua história clínica pré-TMO, obtida através da colheita de dados realizada à J. C., do processo clínico e conversas informais com a família e equipa multidisciplinar da unidade.

Historia Pré-TMO:

Assintomática até Junho de 2012, altura em que iniciou quadro de dor abdominal, de aparecimento insidioso e agravamento progressivo. Com estas queixas recorreu ao Serviço de Urgência da Instituição II) a 26 de Agosto de 2012, realizou TAC (Tomografia Axial Computorizada) Abdominal que revelou líquido livre intraperitoneal em quantidade moderada em topografia peri-hepática, periesplénica e pélvica; distensão de ansas do intestino delgado, onde se destacou um aneurisma e presença de uma massa parietal com 4,6x4,5cm que conduz a obstrução do grande omento, associado a pequenas adenopatias intra-abdominais. Ficou com suspeita de linfoma de apresentação abdominal a investigar. Ficou internada no Serviço de Cirurgia da Instituição II, para estudo e por suspeita de possível oclusão intestinal e

¹⁴ **Síndrome do Cólon Irritável** – alteração funcional do cólon, frequente sem causas orgânicas específicas. Apresenta pico de frequência entre os 30-40 ano, com predominância feminina. (Schäffler & Menche, 2004)

¹⁵ **Rinite Alérgica** – inflamação da mucosa nasal, de origem alérgica, pode ser ou não sazonal. Tem sintomatologia de obstrução nasal, crises de espirros, prurido a nível nasal e ocular e corrimento aquoso nasal. (Schäffler & Menche, 2004)

onde realizou biópsia ecoguiada. Após a biópsia iniciou quadro de dor abdominal no hipogastro de tipo intermitente, febre, náuseas, vômitos e dejeções diarreicas de coloração amarelada. O resultado da biópsia confirmou o diagnóstico de Sarcoma Mielóide¹⁶. Foi contactada a Hematologia e foi transferida para o Serviço de Hemato-Oncologia a 26 de Setembro por não apresentar indicação cirúrgica.

No Serviço de Hemato-Oncologia fez Mielograma e Biópsia Óssea, sem infiltração de células blásticas. Iniciou tratamento com quimioterapia (QT) de indução com o esquema IDAC [Idarrubicina + ARA-C (Citarabina)], a 4 de Outubro sem grande efeito, por não se observar diminuição da massa abdominal, segundo Ecografia Abdominal e TAC Torác, Abdominal e Pélvico. Em aplasia pós QT iniciou quadro de cansaço fácil a pequenos esforços, dor intensa a nível supra-púbico com espasmos vesicais, pelo que foi algaliada. Posteriormente ficou com algália com lavagem contínua a 200cc/h por hematúria franca com coágulos. Saiu da aplasia e realizou esquema de QT NOVE (Mitoxantrona e ARA-C) a 18 de Novembro. Teve como intercorrências neutropénia febril, tendo iniciado os antibióticos de acordo com o protocolo, apresentou candidíase vaginal, medicada com clotrimazol¹⁷ pomada ginecológica que a J.C. colocava autonomamente. Devido às complicações e necessidade de maior vigilância da Equipa de Enfermagem, foi transferida do Serviço de Hemato-Oncologia para a Unidade de Tratamento Intensivo de Doenças Hematológicas a 1 de Novembro. Em aplasia pós QT do NOVE iniciou quadro de disfagia, mucosite com sialorreia abundante, epigastrias e suspeita de hemorragia digestiva alta pois apresentou vômitos raiados de sangue. Iniciou dieta zero, alimentação parentérica (AP) e pantoprazol¹⁸ em perfusão contínua. Desenvolveu Mucosite grau IV, com disfagia e odinofagia, com suporte de AP e

¹⁶ **Sarcoma Mielóide** – é uma lesão extramedular composta de blastos de linhagem mielóide, que tipicamente formam massas tumorais e pode preceder, acompanhar, ou ocorrer na ausência de leucemia mielóide aguda sistémica. Mais comumente envolvem a pele, tecidos moles, linfonodos e trato gastrointestinal. É particularmente um desafio de diagnosticar em pacientes sem uma história antecedente de leucemia mielóide aguda. (Klco, et al., 2011)

¹⁷ **Clotrimazol** – medicamento anti-infecioso, indicado em casos de vulvovaginites de origem fúngica. (Infarmed, 2013)

¹⁸ **Pantoprazol** – medicamento antiulceroso, inibidor da bomba de protões gástrica, indicado no tratamento de esofagite de refluxo, úlcera duodenal e gástrica, síndrome de Zollinger-Ellison e outras situações de hipersecreção patológica. (Infarmed, 2013)

Morfina¹⁹ em perfusão, com progressivo agravamento do quadro, evoluindo para uma sinupatia grave com celulite da face. Fez bochechos com ácido aminocapróico e Caphosol®²⁰. Fez zaragatoa da orofaringe, que isolou o Gram positivo *Enterococcus faecium* e o Gram negativo *Stenotrophomonas maltophilia*, tendo iniciado antibioterapia dirigida a 23 de Novembro com reversão do quadro. Apresentou também infeção urinária pelo Gram negativo *Klebsiella oxytoca*, provável causa da hematúria e disúria, e da necessidade de recorrer a algaliação em lavagem contínua. Este quadro reverteu com antibioterapia e foi desalgaliada. Após melhoria da Mucosite e da odinofagia iniciou dieta líquida e posteriormente começou a alimentar-se sem disfagia e com boa tolerância. Foi proposta para TMO, a sua irmã foi estudada e por ser HLA (human leukocyte antigen) compatível, foi programado TMO alogénico de dador familiar (irmã). Teve alta da Unidade de Tratamento Intensivo autónoma e sem queixas, com seguimento em Hospital de Dia de Hematologia e posterior internamento na unidade de transplantação.

Colheita de dados de Enfermagem

A colheita de dados de Enfermagem foi realizada à entrada na unidade de tratamento intensivo, tive a oportunidade de ser eu a enfermeira que acolheu a J.C., pois o serviço onde trabalho apresenta dois setores, a unidade de tratamento intensivo e a unidade de transplantação medular, prestando cuidados em ambos.

Foi preenchida a folha de colheita de dados da unidade. A J. C. é calma, colaborante e bastante comunicativa. Natural da Madeira, mas reside no continente com o namorado em Mafra, é enfermeira à 5 anos e trabalha na Rede de Cuidados Continuados. As suas pessoas significativas são a sua irmã e o namorado. Os pais vieram da Madeira acompanhá-la durante o internamento. Tem pleno conhecimento da sua situação clínica e tem vontade de participar ativamente nos cuidados.

¹⁹ **Morfina** – medicamento analgésico estupefaciente (opiáceo), utilizado em casos de dor aguda. (Infarmed, 2013)

²⁰ **Caphosol®**- é uma solução rica em iões de fosfato e cálcio. Actua através da lubrificação da boca e torna os alimentos mais fáceis de engolir. Está indicado como adjuvante nos cuidados orais padrão para a prevenção e tratamento da mucosite que pode surgir na sequência de radioterapia ou quimioterapia. (<http://www.mouthsmadegood.com/PT-PT/nurse-resources/about-caphosol-nurse.pdf>)

Assim que soubemos que iria realizar TMO Alogénico da irmã, a equipa de enfermagem iniciou ensinamentos de preparação para o internamento na unidade de transplantação. Foi realizada uma consulta de enfermagem pré-TMO para promover ensinamentos de enfermagem pré-TMO com vista a uma melhor preparação da pessoa submetida a TMO e da sua família antes do internamento na unidade. A consulta foi realizada em contexto de internamento, enquanto estava internada na Unidade e Tratamento Intensivo, pois brevemente seria internada na Unidade de Transplantação. Foram realizados ensinamentos de enfermagem relativamente às regras e funcionamento da unidade, ao isolamento e medidas protetoras, ao condicionamento e seus efeitos secundários, ao dia zero (dia da infusão do transplante), à aplasia e suas consequências. Foi salientado que depois seria realizada uma preparação para a alta e um acompanhamento de enfermagem ao longo do internamento. Foi fornecida disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas e providenciada uma visita à unidade, para poder conhecer como são os quartos onde irá permanecer em isolamento. Não teve dificuldade em compreender os ensinamentos realizados e foi do seu agrado esta preparação para o TMO.

Estes ensinamentos de enfermagem pré-TMO, estruturados em forma de consulta, tiveram como objetivo preparar a J.C. e a sua família para o internamento, condicionamento e aspetos inerentes ao TMO em si através dos ensinamentos de enfermagem. Assim, foi de interesse da equipa de enfermagem realizar estes ensinamentos, incluindo a sua irmã, dadora e familiar significativa da J. C., assim como os seus pais e namorado. A sua irmã, como dadora, também tinha muitas dúvidas, não sabia como seria a colheita de PBSC (Peripheral blood stem cells [células sanguíneas pluripotentes periféricas]), foi esclarecida e mostrou-se muito feliz por poder ajudar a sua irmã nesta etapa tão importante do percurso de tratamento da sua doença.

Acompanho a J. C. desde o seu primeiro dia de entrada na unidade de tratamento intensivo e tive conhecimento, através das conversas informais nas passagens de ocorrências com outros elementos da equipa de enfermagem e das conversas com a J. C., que foram realizados estes ensinamentos de enfermagem pré-TMO, mas não ficam escritos nos registos de enfermagem, o que poderá originar descontinuidade nos cuidados de enfermagem prestados e reduz a visibilidade dos cuidados de enfermagem. É fundamental a passagem da informação entre os enfermeiros, para

melhorarmos o acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

2 - FUNDAMENTAÇÃO DOS CUIDADOS PRESTADOS

Comecei a acompanhar a J. C. no turno da tarde de 5 de Janeiro. Deu entrada na unidade no dia anterior e nesse dia colocou CVC na subclávia direita, de três lúmens, de curta duração à 8ª tentativa. Foi passado em ocorrências que tinha sido administrado 1 gr de paracetamol²¹ às 14h por dor grau 6 na escala de dor VAS (Visual Analogic Scale). Fui cumprimentar a J. C. e informar que seria a enfermeira que iria prestar-lhe cuidados naquela tarde. Foi fácil estabelecer contacto, pois já temos estabelecida uma relação de confiança anterior. A expressão “estar em relação” tem todo o sentido na comunicação com a pessoa cuidada e no estabelecimento de uma relação de ajuda e de confiança que fomente uma aliança terapêutica com o outro. (Phaneuf, 2005)

No contacto com a J. C. avalei que ainda estava queixosa no local de inserção. Referia dor grau 7 (VAS) no hemitórax superior à direita, com irradiação para o membro superior e ainda sentia uma sensação de pressão a nível da clavícula do mesmo lado, apresentava também *facies* de dor. Contactei o médico de urgência, pois tinha sido administrado o paracetamol, e segundo a J. C., não tinha surtido efeito. O médico deu indicação para administrar 1f de tramadol²² em associação com 1f de metoclopramida²³ endovenoso. A dor ficou atenuada, tendo sido reavaliada posteriormente em grau 1 na VAS. Após a dor ter desaparecido e a J. C. ficar mais calma, foi então possível estabelecer um melhor contacto com ela. Falou sobre a colocação do CVC, que foi traumática, sabe que tem uma anatomia que dificulta a colocação dos mesmos, mas ficou ansiosa e nervosa por perceber que a médica não estava a colocar nas primeiras tentativas. Foi-lhe informado que esta dor tem

²¹ **Paracetamol** – medicamento analgésico e antipirético, indicado em casos de dor ligeira a moderada. (Infarmed, 2013)

²² **Tramadol** – medicamento análgésico, opioide fraco, indicado em casos de dor moderada a grave. Associa-se metoclopramida para evitar náuseas e vômitos. (Infarmed, 2013)

²³ **Metoclopramida** - fármaco antiemético, provoca um bloqueio nos recetores da dopamina, inibindo as náuseas e os vômitos. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

tendência a reverter, aspeto que ela também refere saber pela sua experiência anterior. Apresentava dor grau 0 (VAS) dois dias seguintes.

Iniciou o condicionamento com BuCy (Bussulfan²⁴ e Ciclofosfamida²⁵ [CFF]) no dia (-8) a 6 de Janeiro de 2013. O Bussulfan apresenta um potencial emético muito baixo (<10%), em oposição a CFF apresenta um potencial emético alto (60-90%) em doses reduzidas e muito alto (>90%) em doses elevadas. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005) Foi feito ensino acerca destes efeitos secundários da Qt, nomeadamente em relação às náuseas e que administramos previamente medicamentos anti-eméticos. Foi administrado Aprepitant²⁶ 150 mg no dia (-9) e Granisetron²⁷ 3mg como pré-medicação da QT administrada, mas com pouco efeito.

Ao ser abordada, a J. C. referia que sabia como era o procedimento de infusão das PBSC, mas que a informação que tinha não era suficiente, pelo que realizei o ensino sobre o dia zero, o dia da infusão do enxerto da sua irmã. Expliquei que no Transplante Alogénico pode ser administrada Medula Óssea (MO) ou PBSC, a fresco ou criopreservadas. As da sua irmã foram colhidas previamente, pelo que houve necessidade de criopreservar a colheita, sendo as células descongeladas no momento da infusão, no serviço de Criobiologia que pertence ao Serviço de Imuno-hemoterapia da Instituição II. A infusão das células deve ser imediata ao seu descongelamento que é realizado em banho maria a 37°C e transportadas de imediato para a unidade através de uma mala térmica para o efeito. De acordo com Curcioli & Carvalho (2010), devido ao prolongado tempo de armazenamento e da necessidade de manter a viabilidade celular, a criopreservação é necessária. Realizei ensino sobre a infusão das PBSC, através do seu CVC. Abordei as questões relacionadas com as complicações imediatas do enxerto, referi-as de forma generalizada para não aumentar a sua ansiedade, pois a J. C. referiu ter desconhecimento deste procedimento e queria ser informada. Os enfermeiros que administram infusão de PBSC criopreservadas devem conhecer as reações descritas na literatura, que incluem alterações cardíacas, dispneia, náuseas,

²⁴ **Bussulfan** - Fármaco antineoplásico, citotóxico alquilante. (Infarmed, 2013)

²⁵ **Ciclofosfamida** – Fármaco antineoplásico, citotóxico alquilante. (Infarmed, 2013)

²⁶ **Aprepitant** - fármaco antiemético antagonista dos recetores 5-HT₃ na prevenção das náuseas e vômitos associados com a quimioterapia moderada a severamente emetogénica (Infarmed, 2013)

²⁷ **Granisetron** - fármaco antiemético antagonista dos recetores 5HT₃, indicado nas náuseas e vômitos induzidos pela QT. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

vómitos, reações alérgicas, hipertensão, hipotensão, tremores, febre, dor torácica, sensação de constrição na laringe, cólicas abdominais e exalação de um odor característico de 24-35 horas. (Curcioli & Carvalho, 2010) Os centros de transplantação de medula óssea administram pré-medicação antes do TMO para minimizar o desconforto, tais como corticóides e/ou antihistamínicos. (Curcioli & Carvalho, 2010) No caso da J. C. foi administrado como pré-medicação endovenosa para o TMO 2mg de clemastina²⁸ e 50 mg de hidrocortisona²⁹.

Expliquei à J.C. que durante todo o procedimento será acompanhada por um enfermeiro que tem competências e conhecimentos científicos para poder ajudá-lo e despistar qualquer alteração e agir de imediato. Segundo Curcioli & Carvalho (2010), durante a infusão, os enfermeiros devem monitorizar os sinais vitais, saturação de oxigénio, sintomas de sobrecarga de líquidos, reação hemolítica aguda, reação ao DMSO³⁰ (dimetilsulfóxido), reação alérgica ou anafilática. Se uma reação é identificada, o enfermeiro deve reduzir ou parar a infusão, comunicar imediatamente ao médico, e administrar medicamentos e/ou oxigénio, se necessário (Curcioli & Carvalho, 2010) O transplante da J.C. foi no dia 14 de Janeiro de 2013 (dia 0) decorreu sem incidentes e, de acordo com os registos de enfermagem, estava calma e colaborante durante o procedimento.

Esteve nauseada durante e após o condicionamento. Foi administrado 21 mg de MTX (Metotrexato³¹) utilizado como profilaxia de GVHD³² (Graft Versus Host Disease) ao dia (+1), que lhe potenciou estas queixas. Administrou-se Granisetron 3 mg em SOS, depois de 8h/8h, 10 mg de metoclopramida também em esquema de 8h/8h e por fim 1 mg de lorazepam³³ sublingual, mas só ao dia (+8) ficou com a náuseas mais controladas. De acordo com Costa, Magalhães, Félix, Costa, &

²⁸ **Clemastina**- medicamento antialérgico, anti-histamínico. (Infarmed, 2012)

²⁹ **Hidrocortisona** – glucocorticoide indicado em casos de reações de hipersensibilidade e choque anafilático. (Infarmed, 2012)

³⁰ **DMSO**- dimetilsulfóxido, criopreservante adicionado ao saco que contém PBSC para evitar a formação de cristais intracelulares. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

³¹ **Metotrexato** – medicamento anti-neoplásico, antimetabólico e antifolato. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

³² **GVHD** – Doença do enxerto versus hospedeiro, ocorre por reação de corpo estranho das células imunológicas do dador, particularmente os linfócitos T, contra os tecidos do recetor. A profilaxia desta reação é realizada com administração de Ciclosporina e Metotrexato. (Hoffbrand, Pettit, & Moss, 2004)

³³ **Lorazepam** – psicofármaco sedativo, ansiolítico e hipnótico, utilizado em associação com fármacos anti-eméticos para melhorar o controlo da emese. (Infarmed, 2013)

Cordeiro (2005) os doentes submetidos a QT referem que as náuseas e os vômitos são os efeitos secundários mais frequentes e mais desconfortáveis. As perturbações provocadas por estes sintomas envolvem aspetos físicos mas também psicológicos e sociais. O fato de não se conseguir alimentar e de não conservar a alimentação no estômago pode gerar grande stress psicológico. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005) Ao falar com a J. C. sobre este aspeto, percebi que estava triste e apreensiva pois não queria perder o peso que tinha ganho em casa com muito esforço. Entrou com 45 kg e já estava a perder e esse aspeto deixava-a ansiosa. Foi prestado apoio emocional à J. C. no sentido de poder expressar estes sentimentos, saber quais são as suas necessidades de conforto face à alimentação e encontrarmos juntas as melhores estratégias para as colmatar. Tentei que percebesse que era importante associar às intervenções farmacológicas outras intervenções do foro não farmacológico, pelo que realizei o ensino acerca da importância de efectuar refeições à base de uma dieta leve e fraccionada, recorrer a suplementos alimentares com sabor do seu agrado e alimentos frios. Ela iniciou estas medidas mas acabava por vomitar no início e ficava frustrada, contudo é perseverante e continuava a tentar. Esta sua necessidade de conforto manteve-se ao longo de quase todo o internamento. Após as náuseas e os vômitos começou a anorexia e mais dificuldade teve em alimentar-se.

Outro aspeto que veio dificultar a sua alimentação foi a mucosite, também como consequência da QT que realizou. Inicialmente apenas tinha alteração do paladar, língua esbranquiçada e odinofagia grau 2 (VAS). Ao apresentar a língua esbranquiçada, bordos irregulares e alteração do paladar, de acordo com os especialistas, consideram a descrição compatível com Mucosite grau 1. (East Forum EBMT Nurses Group, 2012) Esta mucosite evoluiu para grau IV, pois apresentava lesões hemorrágicas na base da língua em ambos os lados e nos bordos da mesma, com disfagia e odinofagia grau 8 (VAS), com impossibilidade de ingerir líquidos e sólidos. As lesões da cavidade oral eram compatíveis com a descrição de Mucosite grau IV, segundo EBMT (European Group for Blood and Marrow Transplantation). Iniciou então AP, para manter o suporte de nutrientes que não obtém através da

alimentação, necessitando também de terapêutica analgésica com Fentanil³⁴ transdérmico, inicialmente de 25 µg e passadas as 72h foi trocado para 50 µg por dor mantida de grau 6 (VAS). A Mucosite também já era reconhecida pela J. C. como um dos efeitos secundários após QT. Deste modo, ela apresentava conhecimentos sobre a importância da higiene oral, pelo que ela e a equipa de enfermagem fomos gerindo os bochechos a realizar, recorrendo aos Bochechos para Neutropénicos (como são vulgarmente denominados na unidade) constituídos por bicarbonato de sódio³⁵, lidocaína³⁶ e nistatina³⁷ e conservados no frigorífico. Alternava estes bochechos com os de Caphosol®, com bastante alívio. Então apenas reforcei o ensino acerca da importância da higiene oral. Referi, baseada em especialistas como a EONS (European Oncology Nursing Society), que a mucosite é um efeito secundário particularmente desconfortável da QT, resultante da danificação do delicado revestimento da boca e da garganta. A extensão e a frequência da mucosite está relacionada com o tipo de quimioterapia, mas para pessoas submetidas a transplante de a mucosite ocorre em 70 a 100% das pessoas. (Hawthorn, 2012) De acordo especialistas na área da Transplantação Medular, como EBMT, as recomendações relacionadas com a mucosite referem que é importante informar previamente o doente sobre a importância da higiene oral e do possível desenvolvimento de mucosite oral. Esclarecem que as principais medidas são realizar bochechos orais sempre após as refeições, no mínimo de 3xdia com solução de clorhexidina; utilizar escova de dentes macia e lavar dentes e língua após as refeições; avaliar diariamente a cavidade oral para observar alterações na mucosa oral; se dor avalia-la através da escala de dor VAS e administrar analgesia, podendo chegar a opióides se necessário. (East Forum EBMT Nurses Group, 2012)

A J. C. referiu que não estava assustada com as medidas de isolamento, pois achava-as importantes, mas o fato de estar novamente internada e em ambiente hospitalar deixava-a nervosa. Foi feito ensino sobre o TMO, que é considerado um

³⁴ **Fentanil** – medicamento analgésico, opióide forte, utilizado em casos de dor mantida grave. O penso transdérmico liberta a substância activa durante 72h. (Infarmed, 2013)

³⁵ **Bicarbonato de Sódio** - medicamento utilizado para tratamento da acidose, nesta situação para repor o pH da mucosa oral e ajudar na cicatrização. (Costa, Magalhães, Félix, Costa, & Cordeiro, 2005)

³⁶ **Cloridrato de Lidocaína** - Anestésicos locais e antipruriginosos. (Infarmed, 2013)

³⁷ **Nistatina** – medicamento anti-infeccioso, anti-fungico de ação local, para tratamento de lesões fungicas da cavidade oral. (Infarmed, 2013)

procedimento de risco, podendo ocorrer vários tipos de complicações a vários níveis em particular o risco elevado de infeção. (Garbin, Silveira, Braga, & Carvalho, 2011) Por isso são adotadas várias medidas de isolamento protetor e de prevenção das infeções nas unidades de TMO. Segundo Keller (2000), as alterações existentes na barreira física e a neutropenia grave, resultante do condicionamento pré-transplante, tornam a pessoa vulnerável a adquirir graves infeções bacterianas e fúngicas nas primeiras seis semanas após TMO. A J. C. apresentou neutropénia febril (ao dia -9), antes do TMO, tendo realizado culturas de acordo com o protocolo do serviço (hemoculturas do CVC, hemocultura de veia periférica e urocultura), tendo iniciado tazobactam+piperaciclina³⁸ 4,5gr 6h/6h endovenoso e amicacina³⁹ 1g 1x/dia endovenosa que surtiu efeito. Recomeçou picos febris ao dia + 6 com PCR (Proteína C Reactiva) de 3,75, repetiu hemoculturas e iniciou daptomicina⁴⁰ 270 mg/dia endovenoso. No dia + 10, com 8,59 de PCR repetiu hemoculturas e trocou o tazobactam+piperaciclina por meropenem⁴¹ 1g 8h/8h endovenoso que foi eficaz.

No dia + 6 após o TMO, a J. C. começou a sentir-se asteniada, cansada, realizava menos levantes e por vezes ficava todo o dia no leito. Fazia levantes repentinos e apresentou três episódios de lipotímia, apesar da avaliação de sinais vitais dentro dos seus parâmetros habituais. Fiz-lhe o ensino sobre a fadiga relacionada com o cancro, que não é um fenómeno temporário, pois aparece de forma crónica e associado à doença oncológica. (Góis, 2004) Juntamente com a irmã e a mãe da J. C., parceiras de cuidados, tentamos que estabelecesse prioridades nas suas atividades, que referisse o que sentia mais desconforto a realizar, dando prioridade às que lhe proporcionavam mais conforto. Foi feito ensino para realizar levante progressivo de manhã e de tarde, usar o seu computador portátil, ler o livro que tinha para terminar, ver TV, ter noção que deve ter pequenas metas e ir aumentando

³⁸ **Tazobactam+piperaciclina** – medicamento antibacteriano utilizado em infeções graves devidas a microrganismos gram +, gram - ou anaeróbios resistentes aos antimicrobianos de 1ª escolha. Infeções polimicrobianas. Infeções no doente neutropénico em associação com um aminoglicosídeo. (Infarmed, 2013)

³⁹ **Amicacina** – medicamento antibacteriano, aminoglicosídeo, utilizado Infeções graves devidas a aeróbios gram -. (Infarmed, 2013)

⁴⁰ **Daptomicina** – medicamento antibacteriano utilizado no tratamento de infeções complicadas da pele e tecidos moles em infeções por *Staphylococcus aureus*. (Infarmed, 2013)

⁴¹ **Meropenem** – um antibacteriano de espectro ultra-largo injectável utilizado para tratar uma grande variedade de infeções. É um antibiótico beta-lactâmico e pertence ao subgrupo de carbapenem. O espectro de acção inclui muitas bactérias gram-positivas e gram-negativas (incluindo *Pseudomonas*) e bactérias anaeróbias. (Infarmed, 2013)

gradualmente os seus objetivos para sentir-se empenhada. A irmã foi frequentemente uma parceira nos cuidados e foi convidada a envolver-se neste aspeto, com agrado dela por sentir-se mais útil. Problemas como fadiga e diminuição da atividade física frequentemente resultam em consequências de longo prazo a nível funcional, podendo afetar a capacidade das pessoas para manter ou voltar a desenvolver papéis produtivos na sociedade. (Hacker, et al., 2006) Imediatamente após o regime preparatório para o transplante e simultaneamente no período pós-transplante, as pessoas podem esperar sentir sintomas de fadiga associados a dor, náuseas e vômitos, anorexia e distúrbios do sono. As pessoas submetidas a TMO requerem considerável apoio e cuidados de enfermagem especializados imediatamente após o regime de condicionamento e infusão das PBSC. (Hacker, et al., 2006)

A J. C. conseguiu manter o seu peso com suporte de AP, alguns suplementos alimentares que conseguia tolerar, mas sempre com anorexia acentuada. Esta situação foi progressivamente melhorando, com a involução da mucosite, saída da aplasia e consequente melhoria do estado geral.

Iniciou Ciclosporina⁴² 113mg 12h/12h endovenosa e Micofenolato de Mofetil⁴³ (Cell-CEPT®) 1g de 12h/12h *per os*, imunossuppressores que evitam a rejeição do TMO e necessários para controlar o GVHD. Associada à perfusão de ciclosporina, está descrita na literatura que pode ocorrer entre outras reações, rubor e calor facial, hipertensão, náuseas e vômitos. E estes foram os sinais e sintomas que a J. C. apresentou que foi associado pela equipa médica ao início da perfusão de Ciclosporina. Apresentou hipertensão arterial (HTA) de cerca de 150/90 mmHg, que não é a sua tensão arterial habitual. Esta alteração foi comunicada à equipa médica, que prescreveu 10 mg de nifedipina⁴⁴ sublingual em SOS para TA $\geq$ 145/80 mmHg. Fazia a nifedipina cerca de 3x dia, pelo que os médicos decidiram que a nifedipina AP20 (ação prolongada de 20 mg) seria mais eficaz no controlo da HTA. Após dois

⁴² **Ciclosporina** – medicamento imunossupressor, utilizado em doentes transplantados, suprimindo as reações imunológicas que causam rejeição de órgãos transplantados, reduzindo a probabilidade de rejeição. (Infarmed, 2013)

⁴³ **Micofenolato de Mofetil** – medicamento imunossupressor, terapêutica que combinada com ciclosporina e corticosteróides é utilizada na profilaxia da rejeição aguda do transplante. (Infarmed, 2013)

⁴⁴ **Nifedipina** – medicamento com efeito anti-hipertensor, que atua através do bloqueio da entrada do cálcio. (Infarmed, 2013)

dias de nifedipina AP20 1xdia a sua tensão arterial mantinha-se alterada e só ficou estabilizada com nifedipina AP20 2xdia.. A dose de Ciclosporina baixou ao dia +3 para 68 mg 12h/12h, pelo que deixou de ser necessário a administração de nifedipina.

Através da entrevista de ajuda e recurso à escuta ativa desenvolvida, incentivei a J.C. a falar sobre si, sobre as suas preocupações e medos, a expressar-se e compreender o contexto dos seus desconfortos, tornando o meu acompanhamento de enfermagem dirigido à sua individualidade e pessoa. Para Lazure (1994), a relação de ajuda tem como objetivo, através da comunicação, dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber e escolher por si. A escuta constitui o pano de fundo das atitudes de receptividade e de partilha fundamentais na comunicação e consequentemente na relação de ajuda. (Phaneuf, 2005) A J.C. é extrovertida ao primeiro impacto, mas depois consegui perceber que está confortável no seu próprio espaço, no seu mundo. Sente apoio na sua família, sendo na sua relação com a irmã um porto seguro para sentir-se confortável em momentos difíceis. Falou-me do seu namorado, dos seus pais que tiveram de deixar a Madeira para a acompanhar. Sentiu-se culpada e contente por perceber que a sua irmã era HLA compatível. Falou sobre a sua profissão, sobre o estar do outro lado, em vez de cuidar ser agora cuidada. Achei a sua opinião de extrema importância, falou sobre “agora realmente sei o que sente a pessoa que está numa cama a receber cuidados de enfermeiros”. Refletimos juntas sobre este aspeto, sobre o fato de pensarmos que sabemos o que o outro sente, ou de como seria estar no seu lugar, mas realmente só quem passa por estas situações consegue dar o valor do que são náuseas persistentes, vômitos incoercíveis, mucosite, dor, sentir-se com a sua imagem alterada o que despersonaliza a pessoa. Sente que o acompanhamento de enfermagem que tem recebido “tem sido extraordinário, eu não conseguia estar no vosso lugar, a cuidar de doentes oncológicos”. Para ela a equipa de enfermagem transmite-lhe uma segurança e tranquilidade por saber que estamos todos juntos, em parceria com ela, a trabalhar no mesmo caminho e na melhoria do seu conforto.

Saiu da aplasia ao dia +11 e quebrou isolamento protetor com porta fechada nesse dia. Ficou extremamente contente e sentiu-se menos “prisioneira no quarto”. E sabia poderia ter alta para breve.

No que se refere à preparação para a alta é importante que a pessoa submetida a TMO e a sua família fiquem esclarecidos, pelo que os ensinamentos de enfermagem são de extrema importância no acompanhamento de enfermagem. Foram feitos ensinamentos sobre a importância da higiene (incluindo higiene oral), alimentação, prevenção de infecções, adesão à terapêutica, seguimento em ambulatório no Hospital de Dia de Hematologia. Foi entregue e explicado o Guia de Preparação para a Alta da unidade, elaborado pela Equipa de Enfermagem, e que reúne informação pertinente e essencial para ajudar a pessoa submetida a TMO e a sua família a enfrentar a fase pós-TMO. Foi abordado que a alimentação, tal como no internamento, deve ser confeccionada com rigor de higiene, como deverá ser a manipulação dos vegetais e das frutas, a confeção dos alimentos e explicado as razões de existirem alimentos permitidos e não permitidos. Foi-lhe explicada a importância da adesão à terapêutica, e de tomar os medicamentos no horário certo e se ocorrer alguma alteração para informar o médico. Foi entregue folha com posologia e terapêutica de ambulatório.

Com a alta prevista para breve e devido à anorexia e dificuldade em alimentar-se, foi programada uma ida a casa, após reforço dos ensinamentos anteriores, para poder comer a comida feita pela sua mãe, com outro sabor e fora do ambiente hospitalar. Assim sendo, dia 2 de Fevereiro foi de fim-de-semana, para a casa da irmã que fica perto da Instituição II, e com hipótese de poder regressar se acontecesse qualquer intercorrência. Assim pôde perceber a sua adaptação à alimentação exterior, aos cuidados. Outro aspeto muito importante é que a sua irmã fazia anos no domingo, dia 3 de Fevereiro, o que foi uma surpresa muito agradável e um dia muito feliz para si e para a sua família.

Durante a ida a casa ainda teve alguns vômitos quando ingeria sólidos, iniciou dieta líquida e tolerou. Sentiu-se insegura face a este aspecto por pensar que “será que voltarei a conseguir comer um prato cheio?”. Mas foi um fim de semana muito agradável e psicologicamente para ela e para a sua família foi uma lufada de ar fresco.

No sentido de estabelecer uma meta terapêutica com a J. C. e de perspetivar uma continuidade de cuidados, perguntei se gostaria de ser contactada após a alta, ao

qual ela respondeu afirmativamente, referindo que pode depois sempre esclarecer mais dúvidas e sentir-se mais confortável.

A J. C. teve alta dia 5 de Fevereiro, tendo sido entregue a carta de alta de enfermagem para ser entregue no hospital de dia, onde foram incluídas as principais intercorrências durante o internamento, as necessidades de conforto identificadas e as intervenções levadas a cabo para as colmatar, assim como o acompanhamento de enfermagem realizado à J. C. e à sua família, de modo a dar continuidade aos cuidados de Enfermagem. A 7 de Fevereiro foi realizado um contacto telefónico à J. C. após a alta. Foi uma conversa breve, e segundo ela estava a sentir-se bem, a ter cuidado ao alimentar-se de dieta líquida e estava a tolerar sem náuseas e vómitos. O penso do CVC estava íntegro e sentia-se confortada por estar na sua casa. Em seguida contactei as colegas do Hospital de Dia para dar este feedback, referindo a necessidade da realização do penso na data programada, a mucosite grave que teve e que atualmente ainda se alimenta de dieta fracionada e leve. Informei sobre o doseamento de ciclosporina e que ela, como tem CVC, iria no dia seguinte à consulta médica e realizaria controlo analítico com sangue colhido através do CVC com as colegas do Hospital de Dia.

As colegas agradeceram o contacto e a informação, mostrando-se satisfeitas com a articulação entre os serviços. Concluí que apesar da informação escrita da carta de alta de enfermagem, a transmissão da informação oral é importante para melhorar o acompanhamento da pessoa submetida a TMO.

Para acompanharmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, devemos ter como suporte uma teoria de enfermagem, através do qual aplicaremos o seu referencial teórico na prática de cuidados de enfermagem. Suportei as minhas intervenções de enfermagem no referencial teórico de Katharine Kolcaba e na sua Teoria do Conforto.

O cuidado e as intervenções de enfermagem são denominadas por Kolcaba & Kolcaba (1991), como medidas de conforto com o objectivo de promover um estado de alívio físico e mental. Ao confortarmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, pretende-se que este alívio seja global, e se concretize num esclarecimento de dúvidas e explicação de normas e procedimentos, no controlo

sintomático, na relação de ajuda, no apoio à família, para que haja preparação para o percurso e trajetória da sua doença e a pessoa se sinta confortada.

Para Kolcaba (2003) o conforto é considerado como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; o segundo estado, tranquilidade, é um estado de calma ou de satisfação e é necessário para um desempenho eficiente; o terceiro estado, transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

Segundo a autora, estes três estados de conforto desenvolvem-se nos seguintes quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. aspectos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio. (Kolcaba, 2003)

Kolcaba cruzou os três estados de conforto com os quatro contextos onde o conforto pode ser experienciado, resultando na Estrutura Taxonómica do Conforto. (Kolcaba, 2003) O acompanhamento de enfermagem é um processo sistemático que tem como objetivo tornar a pessoa capaz de superar as suas necessidades de ajuda e suporte, pela aceitação da responsabilidade e pela recuperação da independência. (Kotzé, 1998)

Ao acompanhar a J. C. identifiquei que haviam necessidades de conforto que mereciam a atenção da Enfermagem, para promover intervenções que confortassem a J. C.. É através de ações e palavras confortadoras que os enfermeiros conseguem transmitir intervenções no conforto que a pessoa reconhece. (Kolcaba, 2003) Na consequência do aumento do conforto há um comprometimento da pessoa em adotar comportamentos de procura de saúde, o que por sua vez também promove um aumento do seu conforto. (Kolcaba, 2003)

No sentido de sistematizar as necessidade de conforto nos três estados aplicados aos quatros contextos, foi aplicada a Estrutura Taxonómica do Conforto, desenvolvida por Kolcaba, para permitir uma identificação das necessidades da J. C. e consequentemente poder intervir. (Quadro 1)

J. C.	Necessidades de Alívio	Neessidades de Tranquilidade	Necessidades de Transcendência
Contexto Físico	• Anorexia • Náuseas e Vômitos • Odinofagia • Fadiga	• Sentimento de falta de atividade física • Sentimento de distorção da sua imagem corporal (emagrecimento extremo) • Dificuldade em alimentar-se (mucosite e anorexia)	• Expetativas negativas face à capacidade física e energia para trabalhar
Contexto Psicoespiritual	• Dificuldade em pensar e em concentrar-se • Dificuldade em lidar com a hospitalização • Culpabilização em relação aos pais, e irmã ser dadora de PBSC.	• Perda de interesse nas atividades que mais gostava de fazer • Desconhecimento face a alguns cuidados a ter no pós-alta	• Conflito interno entre a necessidade do internamento e o desconforto por estar internado.
Contexto Sociocultural	• Insatisfação relacionada com o afastamento do trabalho • Saudades da família e de ser Enfermeira	• Insucesso no papel social e familiar.	• Sentimento de inferioridade na capacidade produtiva e na insegurança financeira
Contexto Ambiental	• Agitação e ruído do ambiente terapêutico	• Dificuldade em comunicar com o exterior (isolamento) • Limitação da liberdade de circulação no ambiente terapêutico (regras hospitalares)	

Quadro 1: Aplicação da Estrutura Taxonómica do Conforto ao caso da J. C.

Relativamente às necessidades de alívio físico, referiu sentir-se nauseada, sentir-se presa nos movimentos, apresentou odinofagia relacionada com o mucosite. Estas necessidades foram colmatadas com intervenções farmacológicas, tais como anti-

eméticos, analgésicos, tendo como resultado o alívio físico da J. C. Na fadiga foram adotadas medidas não farmacológicas, que diminuíram o seu desconforto, tais como os levantes progressivos de manhã e tarde e incentivo a realizar atividades do seu agrado, fazer levantar a todas as refeições.

Referiu que por vezes o internamento está a ser “difícil, sente-se uma prisioneira no quarto”, dando ênfase ao isolamento e ao tempo prolongado. Esta expressão permite-nos identificar que tem necessidade de um alívio psicoespiritual. Se deixasse de estar internada ficaria confortada e aliviada, mas o internamento torna-se fundamental nesta altura, pelo que foi-lhe feito ensino sobre esse aspeto e foi incentivada a tentar distrair-se para passar melhor o tempo, usar mais o computador portátil e ler. A J. C. motivou-se para usar mais o portátil e ter comportamentos que a deixasse mais confortável e aliviada.

No que diz respeito ao alívio sociocultural, a J. C. sente saudades da sua família, namorado e afilhado, que foi resolvendo com as visitas diárias, telefonemas, vídeo conferência. Mas sente-se insatisfeita por não poder cumprir com as suas obrigações profissionais, algo que está adiado e não o pode resolver atualmente, esta necessidade não foi colmatada.

O alívio ambiental foi para ela fácil de controlar, sentia-se desconfortável com a agitação e ruídos da unidade, mas adoptou estratégias como pedir para manter a cortina exterior fechada, ouvir música calma, controlava a luminosidade do quarto e decorou-o com os seus pertences.

Na tranquilidade física, a J. C. apresentava sentimentos de falta de atividade física, sentimento de distorção da imagem corporal, relacionados com o emagrecimento extremo, mas neste campo o seu principal desconforto estava centrado na dificuldade em alimentar-se devido à mucosite. Para a J.C. voltar a alimentar-se de alimentos ao seu gosto e poder conservá-los no estômago, foi uma sensação de tranquilidade e de conforto.

Apresenta necessidades de tranquilidade psicoespiritual pois revelou perda de interesse nas atividades que mais gostava de fazer e consequente diminuição da auto-confiança, foi prestado apoio emocional pela equipa de enfermagem, pela mãe e pela irmã, permitindo que expressassem os seus sentimentos, que ajudaram a ter

atitudes confiantes. Tinha receio de não conseguir realizar as suas atividades de vida diárias como a sua higiene, de comer e estar no seu computador, mas fomos, conjuntamente com a J. C., estabelecendo prioridades nas atividades a realizar, ela gradualmente sentiu-se fortalecida e colmatou esta necessidade. Apresentava também a este nível desconhecimento de alguns cuidados a ter no pós-alta, sabia alguns aspetos de internamentos anteriores, mas queria ser bem informada, pelo que foi realizado ensinamentos de enfermagem na preparação para a alta, envolvendo também a sua mãe, a irmã, o que as preparou para a ida a casa de fim de semana e tranquilizou para a nova etapa deste processo de TMO:

A sua tranquilidade sociocultural esteve afetada, pois sentia insucesso no papel social e familiar. O apoio da equipa de enfermagem, e da sua família. Compreendeu que nesta fase da sua vida que tem de se concentrar em ficar bem e recuperar do TMO e depois concentraria-se em voltar ao trabalho e em ajudar a sua família. Sentia que está a dar muito trabalho aos seus pais, irmã e namorado e refere que sentir-se “culpada”, mas o apoio da sua família fez-lhe pensar e aceitar que antes ela tinha um papel ativo em ajudar a sua família e agora eram eles que cuidavam dela.

A nível da necessidade de tranquilidade ambiental esteve mais centrada na dificuldade em comunicar com o exterior devido ao isolamento na unidade. Pela mesma razão há limitação da liberdade de circulação no ambiente terapêutico, pelas regras hospitalares instituídas. Esta necessidade apenas foi colmatada na ida a casa de fim de semana, pois a barreira física existia sempre, recebeu a visita do sobrinho que também é afilhado antes de entrar em isolamento e após sair da apatia, o que lhe deu muita alegria e força, apesar de manter a distância necessária dele.

A sua necessidade de transcendência física prendeu-se com as expectativas negativas face à capacidade física e energia para voltar a trabalhar. Sentia que não tinha força física para o fazer. Com a melhoria do estado geral e com as medidas não farmacológicas utilizadas na fadiga relacionada com o cancro, a J. C. foi recuperando, ultrapassou as suas próprias expectativas.

Na transcendência psíquica, a J. C. revelou conflito interno entre a necessidade do internamento e o desconforto por estar internada. Sabe a importância de estar internada na unidade, mas sente-se desconfortável, fora do seu contexto. Falamos sobre os aspetos positivos e negativos e sobre o peso que cada um tinha, no sentido de que a J. C. encontrasse um equilíbrio neste conflito. Julgo que se resignou, nunca colmatou esta necessidade até ao dia em que foi de fim de semana a casa.

A sua necessidade de transcendência sociocultural prende-se com o sentimento de inferioridade na capacidade produtiva e na insegurança financeira, pois ela compreende a dificuldade que os seus pais sentem a nível monetário, vieram da Madeira para a acompanhar e a sua irmã esteve sempre presente e deixou o trabalho dela para segundo plano. A assistente social envolveu-se para compreender as necessidades daquela família, mas a família conseguiu resolver sozinha os seus problemas a esse nível.

A ação de confortar para a Enfermagem consiste em proporcionar encorajamento e ajuda à pessoa, para que atinja um estado de conforto onde a preocupação, a dor, angústia e o sofrimento não estejam presentes. (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003)

O acompanhamento de enfermagem dirigido à J. C. e à sua família teve como objetivo aumentar-lhes o conforto através de intervenções de enfermagem dirigidas às necessidades de conforto identificadas nos vários contextos.. Deste modo, vamos ao encontro da visão de Kolcaba que refere que o conforto é a experiência imediata de ver fortalecidas as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psíquico, sociocultural e ambiental. (Kolcaba, 2003)

3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Cuidar das pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a TMO requer ações de enfermagem compreensivas e consistentes. O ensino ao doente e à sua família é fundamental para proporcionar assistência e acompanhar a pessoa e os seus familiares ao longo do processo de transplante. (Keller, 2000)

O acompanhamento de enfermagem permite que haja uma relação terapêutica e de ajuda, uma parceria nos cuidados e um estabelecimento de metas em conjunto. O acompanhamento de enfermagem é um processo sistemático que tem como objetivo tornar o doente capaz de superar as suas necessidades de ajuda e suporte, pela aceitação da responsabilidade e pela recuperação da independência. (Kotzé, 1998)

A preparação do doente e família antes do Internamento é fundamental, assim como a capacitação do doente hemato-oncológico e família para todo o processo de transplantação de medula óssea. Abordar as questões físicas, mas também as questões emocionais e desafios interpessoais para promover um acompanhamento eficaz à pessoa/família. (The Bone Marrow Foundation, 2012)

A consulta de enfermagem é um recurso que permite diminuir a ansiedade da pessoa e preparará-la e à sua família para a etapa de TMO que vai enfrentar. A existência desta consulta poderia beneficiar mais a pessoa submetida a TMO e a transmissão de informação sobre as suas necessidades de conforto e da sua família. A documentação dos cuidados de enfermagem constitui a base de toda a filosofia e metodologia, sendo que é através desta que os enfermeiros personificam a arte de cuidar, dão visibilidade ao seu desempenho e promovem a sua autonomia e responsabilidade profissional. (Dias, 2001)

Considero que um dos pontos fortes do meu estudo de caso foi o acompanhamento que realizei à J. C., mas também à sua irmã, pais e namorado. Assim foi possível estabelecer uma relação terapêutica que contribuiu para minimizar o impacto do

internamento e do isolamento do seu familiar e foram um elo de ligação importante na preparação para a alta.

Outro aspeto relevante foram os contributos que a própria J. C. deu sobre a sua visão de enfermeira, agora no papel de pessoa doente. A análise e a reflexão que fizemos juntas sobre o que sente a pessoa que está doente e de que, por vezes, atuamos sem envolver a pessoa nos seus cuidados; com a J. C. conseguimos ser parceiras no seu cuidados e na promoção do seu conforto.

Concluo que consegui mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística à pessoa submetida a TMO e à sua família. Fui capaz de planear, executar e avaliar os cuidados prestados de acordo com as necessidades de conforto identificadas.

O quadro concetual de Kolcaba foi uma referência na minha prestação de cuidados, de modo a permitir-me uma visão holística do conforto da pessoa submetida a TMO e à sua família e promover intervenções de enfermagem que visem a satisfação das suas necessidades de conforto.

A realização deste estudo de caso, onde descrevo e reflito sobre algumas das atividades desenvolvidas em estágio, foi muito benéfica no meu processo de aquisição de competências especializadas e vai contribuir de forma significativa para a elaboração do relatório de estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). Antieméticos; Toxicidades por Quimioterapia. In *O Cancro e a Qualidade de Vida - A Quimioterapia e outros fármacos no combate ao Cancro* (pp. 381-675; 693-721). Sintra: Novartis.
- Curcioli, A. C., & Carvalho, E. (2010). Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 716-724.
- Dias, e. a. (2001). Registos de Enfermagem. *Servir*, 267-271.
- East Forum EBMT Nurses Group. (2012). Oral cavity care in patients after high-dose chemotherapy and stem cell transplantation: The East Forum EBMT Nurses Group standard of care. *Bone Marrow Transplantation* (pp. 149-150). Macmillan Publishers Limited.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.
- Góis, C. M. (2004). A Fadiga no Doente Oncológico. In *Enfermagem Oncológica* (pp. 125-135). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Hacker, E. D., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., & Dieterle, N. (2006). Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant. *Oncology Nursing Forum*, 614-624.

-
- Hawthorn, J. (8 de Outubro de 2012). *Reducing the misery of oral mucositis*. Obtido de EONS Newsletter Fall 2007: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSnewsletter2007fall-en.pdf>
- Hoffbrand, A. V., Pettit, J. E., & Moss, P. A. (2004). Transplante de células tronco. In A. V. Hoffbrand, J. E. Pettit, & P. A. Moss, *Fundamentos em Hematologia* (pp. 106-120). Porto Alegre: Artmed.
- Infarmed. (21 de Janeiro de 2013). *Prontuário Terapêutico Online*. Obtido de <http://www.infarmed.pt/prontuario>
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 677-704). Loures: Lusociência.
- Klco, J., Welch, J., Nguyen, T., Hu, M., Hassan, A., Lind, A., & Frater, J. (2011). State of the art in myeloid sarcoma. *International Journal of Laboratory Hematology*, 555–565.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 1301-1310.
- Kotzé, W. (1998). An Anthropological Nursing Science: Nursing Accompaniment Theory. *Health Gesondheid*, 3-14.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Nucci, M., & Maiolino, A. (Jul/Set de 2000). Infecções em Transplante de Medula Óssea. *Simpósio: Transplante de Medula Óssea*, 33, 278-293. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de Simpoósio: Transplante de Medula Óssea: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/infeccoes_transplante_medula_ossea.pdf
- Phaneuf, M. (2005). A comunicação, modo de emprego. In M. Phaneuf, *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (pp. 1-656). Loures: Lusociência.

-
- Santos, K., Ribeiro, L., Silva, G., Atalla, A., & Neto, A. (2011). Medidas não medicamentosas para prevenção de infecção no transplante de medula óssea: revisão da literatura. *HU Revista*, 37(2), 239-246.
- Schäffler, A., & Menche, N. (2004). Cuidados de Enfermagem nas Patologias Hemato-oncológicas. In A. Schäffler, & N. Menche, *Medicina Interna e Cuidados de Enfermagem* (pp. 354-393). Loures: Lusociência.
- The Bone Marrow Foundation. (20 de 6 de 2012). *Autologous Bone Marrow/Stem Cell Transplantation: A Medical & Educational Handbook*. Obtido de The Bone Marrow Foundation: <http://www.bonemarrow.org/resources/publications.php>

APÊNDICE VII – Jornal de Aprendizagem II



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Jornal de Aprendizagem

Autora: Vanda Ferreira Nº 4044

Lisboa

2013



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRURGICA**

Área de Especialização Em Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Jornal de Aprendizagem

Autora: Vanda Ferreira Nº 4044

Lisboa

2013

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

LMA – Leucemia Mieloblástica Aguda

CVC – cateter venoso central

QT - Quimioterapia

TMO – Transplante de Medula Óssea

.

ÍNDICE

Pág

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	35
INTRODUÇÃO.....	6
1 – REFLEXÃO.....	7
1.1 – Descrição da atividade.....	7
1.2 - Sentimentos.....	11
1.2 - Avaliação.....	12
1.4 - Análise.....	12
1.5 - Conclusão.....	13
1.6 - Plano de Ação/Nova perspectiva.....	14
2 – CONCLUSÃO.....	15
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	16
APÊNDICE.....	17
Apêndice 1 – Opiniões dos colegas do Local de Estágio II, sobre o Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO	

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, proponho-me realizar o seguinte Jornal de Aprendizagem, inserido na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, que está a decorrer no Local de Estágio II, sob a orientação da Professora Eunice Sá e da Enfermeira Orientadora do Estágio II.

O jornal de aprendizagem é um método de reflexão e análise crítica extremamente válido no desenvolvimento de competências, nomeadamente nos processos de aprendizagem na prática clínica ou no ensino clínico dos estudantes das áreas de saúde. (Williams, Wessel, Gemus e Foster-Seargeant, 2002)

Neste jornal de aprendizagem tenho como objetivo realizar uma reflexão estruturada, com recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs, acerca da elaboração e implementação da Consulta de Enfermagem Pré-TMO.

O objetivo final deste trabalho é desenvolver competências especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica, tendo como orientação da minha prática de cuidados a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

Relativamente à orientação do trabalho escrito tem por base uma reflexão em seis etapas, começo pela: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e por fim o plano de ação/nova perspectiva. (Jasper, 2003)

1 – REFLEXÃO

1.1 - Descrição da atividade

Ao elaborar o meu projeto de intervenção, uma das atividades que me propus realizar, indo de encontro à melhoria do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, foi a de elaborar e implementar a Consulta de Enfermagem Pré-TMO no Local de Estágio II.

Senti esta necessidade na minha prática de cuidados e por sentir que em contexto de internamento, por vezes, com a exigência do serviço, é difícil realizar uma preparação adequada da pessoa e da sua família para o internamento e para o processo de TMO.

Deste modo, envolvi um esforço acrescido na sua concretização e elaborei um Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO. Este documento serve como orientador da consulta e dos conhecimentos teóricos sobre comunicação e relação de ajuda que promovem estratégias eficazes em comunicação. Com este suporte teórico, o enfermeiro terá algumas estratégias definidas e orientação da forma como deve conduzir a entrevista com a pessoa e a sua família.

Os suportes teóricos deste Guião são o Protocolo de Más Notícias de Buckman, Lazure e Phaneuf, excelentes contributos que ajudam no estabelecimento de uma relação de ajuda, de uma comunicação assertiva e eficaz. O referencial teórico de enfermagem sustenta-se na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

De acordo com a evidência encontrada e informação dos peritos na área da transplantação de medula óssea, como The Bone Marrow Foundation (2012), torna-se extremamente importante acompanhar o doente hemato-oncológico submetido a TMO e a sua família. Pretende-se que a Consulta de Enfermagem Pré-TMO promova uma boa adaptação da pessoa e da sua família ao internamento e ao TMO e seja facilitador de um acompanhamento de enfermagem eficaz à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família.

Este guião foi partilhado com o Diretor Clínico, simultaneamente Diretor da Unidade de Transplantação e com a Enfermeira Chefe da Unidade. Seguidamente o guião foi partilhado com os meus colegas, enfermeiros na prestação direta de cuidados à pessoa submetida a TMO e à sua família, no sentido de receber o seu *feedback* e as suas sugestões, para tornar este documento adaptado à realidade e às pessoas do serviço. Recebi um bom retorno das suas opiniões e os meus colegas referem ter percebido que o Guião da Consulta e a implementação da mesma vai de encontro das necessidades das pessoas, das suas famílias e do serviço. (opiniões em Apêndice I)

O passo seguinte foi realizar reunião com Equipa Médica de Transplantação, de modo a programar e agendar as entradas dos doentes e a data da consulta. Assim sendo, em período de Estágio, tive oportunidade de programar duas consultas que se realizaram posteriormente ao período de estágio e de realizar duas consultas de Enfermagem Pré-TMO, com duas pessoas programadas para TMO Alogénico, um relacionado e outro não relacionado.

Fui contactada pela Equipa Médica de Transplantação no sentido de realizar a consulta a uma pessoa programada para dar entrada na Unidade na semana seguinte. Foi com muito agrado que recebi a notícia. Tentei programar a minha prestação de cuidados de modo a depois ficar disponível para a consulta e para a pessoa e a sua família.

Recebi a dona C. R., vinha sozinha e ao primeiro contacto pareceu-me colaborante mas ansiosa. Apresentei-me e providenciei o gabinete de transplantação para a sua realização. Após as apresentações iniciais, dei a conhecer a consulta e a sua finalidade. Tentei mentalmente rever o guião da consulta e realizei a colheita de dados. Neste momento começa o percurso de conhecer a pessoa que temos perante nós, de compreender quais as suas motivações, quais os seus gostos e as suas necessidades de conforto.

Perguntei-lhe o que sabia sobre a sua doença, e percebi que tinha perante mim uma pessoa muito informada sobre a sua situação. Tem diagnóstico de Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA), desde 2010, seguida no Hospital B, onde realizou QT de indução de 1ª linha sem resposta. Depois realizou QT de 2ª linha com remissão

completa. Teve uma recaída em 2012, tendo realizado outro ciclo de QT alternativo, com remissão completa. Foi proposta para transplante alogénico de dador não relacionado. Sabe inclusivé, que este é o último recurso que lhe podem dar em termos terapêuticos. Compreendi que apresentava um vasto conhecimentos da sua doença, querendo saber sempre todas as informações, pelo que a Consulta de Enfermagem Pré-TMO foi uma mais valia para colmatar as suas necessidades de conforto face à falta de informação sobre o TMO.

Referi que na unidade será necessário procedermos a medidas protetoras, tendo de ficar isolada num quarto. Referiu que tinha noção disso pela conversa prévia com o seu médico. Disse-lhe que posteriormente, no final da consulta iria mostrar a unidade, para conhecer o espaço físico de que falávamos. Sobre o isolamento referi a necessidade de trazer roupa interior de algodão, para poder ser esterilizada, assim como informar que a roupa da cama e o pijama são esterilizados e oferecidos pelo hospital. Abordei o horário das visitas e segundo me tinha dito a sua pessoa significativa era o seu marido. Referi qual o horário das visitas, sendo uma pessoa de cada vez, no máximo três por dia. As visitas podem vê-la de fora do vidro do quarto, ou podem entrar dentro do quarto desde que vista uma farda limpa descartável. Referiu-me que o seu marido tem muito medo do hospital e de poder prejudicar de alguma forma e não vai entrar no quarto. Reforcei a importância das visitas e que o internamento é prolongado, que seria benéfico para a C. R. receber as visitas, inclusivé o marido. Ela logo respondeu: “Não faz mal enfermeira, eu lido sempre com isto sozinha e aguento-me bem. A minha filha é igual e eu não ligo”. Respondi que podem ir pensando sobre estes assuntos depois em casa, e no internamento, com apoio dos enfermeiros iríamos dar o apoio que achassem necessário. Escrevi como nota que era importante seguir a C. R. no que se refere ao apoio social e emocional da sua família.

Continuei com o ensino, relativo ao condicionamento e para tal abordei questões como a necessidade de colocar CVC, que já não era desconhecido para a C. R.; que iria ser necessário administrar QT, com dose elevada, pelo que podiam ocorrer alguns efeitos secundários. Ela referiu ter passado por várias intercorrências enquanto internada no Hospital B, tais como febres, diarreia, mucosite. “Eu sei bem o que isso é”. Respondi que não conseguimos prever que efeitos secundários que a

C. R. irá ter, mas que a equipa de enfermagem é atenta e ajudará a promover o seu conforto no internamento.

Sobre o transplante em si, desconhecia o procedimento, então realizei o ensino sobre a infusão do TMO, realçando que administramos pré-medicação previamente no sentido de evitar reacções. Expliquei que após a infusão do transplante surge o período de aplasia, compreendi que já conhecia o termo. Perguntou, como muitas pessoas perguntam, quanto tempo necessitava de estar internada. Reforcei que é um tempo que não consigo prever, a recuperação hematológica depende de vários fatores, de cada pessoa e não posso prometer tempos e algo que não tenho a certeza de como será. Seria dar falsas expectativas. Ela respondeu “Pois eu compreendo enfermeira, mas sabe que uma pessoa pensa sempre nessas coisas”. Respondi “Claro que estou solidária com a sua preocupação, mas não me parece justo dar-lhe uma data ou um prazo, que poderia não se concretizar e estaria sempre na expectativa para aquele dia, com ansiedade.” Ela respondeu “Pois é, talvez seja melhor”. Respondi dizendo que a vamos acompanhar neste percurso, que os médicos vão dar-lhe a dados sobre a sua recuperação e que será informada. Continuei referindo que depois, como parte deste acompanhamento de enfermagem, iremos preparar em conjunto com a C. R. a sua alta e temos um guia de apoio para lhe fornecer.

Demonstrei disponibilidade para esclarecer dúvidas. Perguntou se podia trazer um moldura com a sua família, à qual respondi afirmativamente. Reforcei que poderia trazer telemóvel, livros e computador para poder estar ocupada. Referiu que por agora estava mais informada acerca do internamento na unidade. Entreguei o Guia de Acolhimento, para levar para casa, onde consta o número de telefone que pode sempre contactar para pedir qualquer esclarecimento ou retirar dúvidas.

Em seguida perguntei-lhe se sempre gostaria de conhecer a nossa unidade. Referiu que sim, tem muita curiosidade. Tive a preocupação de ir apresentando a C. R. aos elementos da equipa multidisciplinar que iam encontrando, para começar a sua integração e acolhimento.

Primeiro teve um visão ampla do corredor e que ao fundo fica o posto de enfermagem, onde estará sempre alguém a quem pode recorrer. Tínhamos um

quarto vazio na Unidade o que foi facilitador para poder mostrar-lhe e a C.R. ver com os seus olhos como são. Realcei o fato de não haver duche nem casa de banho, mas sim uma cadeira sanitária. Ela ficou a olhar para mim com cara séria. Referi que esta estrutura do hospital não foi preparada inicialmente para ser uma unidade de transplantação, então os quartos não foram pensados com casa de banho também por falta de saneamento básico adequada. Mas que se investiu muito em que o quarto seja seguro, que tenha a máxima privacidade, mostrei a cortina da porta do quarto. Ela disse: “Bem, esse aspeto é realmente difícil, mas até gostei do quarto, da televisão e tem um aspeto agradável. Vou então ter de me preparar agora em casa para esta nova etapa.” Respondi que essa atitude positiva é benéfica e que a deve trazer para o internamento e que cá a esperavamos para a ajudar a atravessar esta nova etapa. Sorriu, agradeceu a consulta e saiu calma e serena.

1.2 - Sentimentos

Este projeto de intervenção, fruto de uma necessidade da prática, é também uma necessidade minha por querer ajudar as pessoas e o seu acompanhamento de enfermagem. Fiquei muito alegre por saber que o projeto estava a ser aplicado, projetando como será confortador promover o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Fiquei nervosa e ansiosa por ser a minha primeira consulta de enfermagem. Perguntei-me se iria adotar a postura correta?; Se iria fornecer a informação necessária e pertinente; Será que vou ajudar a pessoa ou a vou confundir ainda mais? Muitas questões surgiram e muitos sentimentos, pois tratava-se de uma experiência nova e enriquecedora. Mas senti, no final da consulta, que a consulta e o discurso flui naturalmente, apesar da linha orientadora, e que se consegue adequar à pessoa que temos perante nós. A C. R. tem bom contacto, é serena e exprime bem o que sente, conseguimos perceber melhor as suas dúvidas e esse aspeto foi sem dúvida facilitador da fluência que a consulta teve.

Senti falta da família, de não poder ajudá-los e confortá-los através dos meus ensinamentos. Fiquei com essa anotação para podermos acompanhar esta situação no futuro, e se necessário, pedir apoio do psicólogo.

1.2 – Avaliação

Como todos os momentos que resultam em aprendizagem, a reflexão sobre a minha atuação e sobre a minha prática de cuidados é necessária para poder pensar nos aspectos positivos e negativos, e, no futuro, se possam repetir os positivos e corrigir os negativos. Esta avaliação permitirá identificar os aspectos a melhorar, de modo a prestar cuidados de enfermagem com rigor e qualidade à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Avalio que a Consulta de Enfermagem Pré-TMO foi benéfica para a pessoa, senti que fui de encontro às suas necessidades de conforto e que esclareci as suas dúvidas. Assim, há uma melhoria nos cuidados e promove-se um acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO.

A visita à unidade consolida a informação dada previamente. Por melhor que tentemos descrever a unidade e os quartos, a pessoa só tem noção quando os vê com os seus olhos, sendo uma referência e ajuda na preparação para o internamento.

1.4 - Análise

Com a realização desta consulta, atingi o seu objetivo de contribuir para um acompanhamento de enfermagem eficaz à pessoa com doença hemato-oncológica e à sua família na fase de preparação para o TMO.

Senti que o guião ajuda a não perdermos o fio condutor, mas que cada consulta será única, pois a pessoa e o enfermeiro também são únicos, com as suas crenças e personalidade que, inevitavelmente, condicionam a consulta. Ainda só realizei uma

consulta e há agendamento para mais. O fato de ter realizado o Guião, contribuiu para interiorizar as estratégias de comunicação de Buckman, Lazure e Phaneuf, o que me permitiu ter uma atitude congruente e o desenvolvimento de uma relação de ajuda através da escuta ativa da pessoa submetida a TMO.

Ainda sinto que o projeto necessita de maior sustentabilidade, que se irá concretizar com o contínuo investimento nesta área e a realização de mais Consultas de Enfermagem Pré-TMO.

O enfermeiro frequentemente enfrenta dilemas éticos, e neste caso fui confrontada com a pergunta da C. R. sobre o tempo de internamento. Eu poderia acalmá-la naquela altura e diria que a média são cerca de 3 semanas, mas mesmo que referisse que era em média, ela iria colocar a meta de 3 semanas para a saída da aplasia. No sentido de desenvolver intervenções respeitando as normas ético-deontológicas, não posso dar falsas esperanças e fazê-la acreditar em algo sobre o qual não temos controlo. Segundo Martins (2004), a componente ética e relacional fornece outra base além da compaixão e da técnica.

1.5 - Conclusão

Concluo que a Consulta de Enfermagem Pré-TMO constitui uma das atividades planeadas no meu projeto de intervenção, que melhoram o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

O referencial teórico de Kolcaba (2003), que sustenta a minha prática de cuidados, serve de suporte e sustenta a avaliação das necessidades de conforto da pessoa submetida a TMO e à sua família. Autores como Buckman (1992), Lazure (1994) e Phaneuf (2005), que foram as linhas de orientadoras do Guião da Consulta e senti que os seus contributos tanto na realização do Guião como na realização da Consulta de Enfermagem Pré-TMO, foram importantes para poder ter bases teóricas que sustentam a minha comunicação com a pessoa submetida a TMO e à sua família.

Cuidar das pessoas com doença hemato-oncológica submetidas a TMO requer ações de enfermagem compreensivas e consistentes. O ensino ao doente e à sua família é fundamental para proporcionar assistência e acompanhar a pessoa e os seus familiares ao longo do processo de transplante. (Keller, Transplante de Medula Óssea, 2000)

1.6 - Plano de Ação/Nova perspectiva

No sentido de dar continuidade a este projeto é importante investir na articulação com a equipa médica, de modo a melhorar a programação das Consultas de Enfermagem Pré-TMO.

Importa dar a conhecer este projeto e fazer formação na sessão clínica médica, de modo a cativar e sensibilizar a restante equipa médica, externa à unidade de transplantação, que programa as pessoas para o TMO como decisão terapêutica.

Tenho consciência que a nossa formação é contínua, cheia de novas experiências enriquecedoras, merecedoras de reflexão, o que irá permitir desenvolver uma prestação de cuidados de enfermagem rigorosa, de qualidade e com vista à melhoria do conforto das pessoas.

Assim, irei empenhar-me em dar continuidade a esta atividade, pelo benefício que promove na pessoa e na sua família, dando continuidade ao projeto de intervenção e à realização das consultas de enfermagem a todas as pessoas submetidas a TMO.

2 – CONCLUSÃO

Com a realização deste Jornal de Aprendizagem, reconheço que a reflexão é um processo extremamente importante no qual os indivíduos pensam sobre determinadas situações vividas e as avaliam, repensando as teorias implícitas na prática. Os profissionais com capacidade reflexiva estão melhor capacitados para gerir a incerteza e a complexidade da prática clínica. (Williams, Wessel, Gemus e Foster-Seargeant, 2002)

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa e sua família e/ou comunidades. Tanto a pessoa enfermeiro, como a pessoa doente possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. (Ordem dos Enfermeiros, 2002) Deste modo, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem presta cuidados de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2002)

Com a elaboração deste jornal de aprendizagem, desenvolvi competências especializadas no cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica, submetida a TMO, sustentada num referencial teórico de Enfermagem, como a Teoria do Conforto de Kolcaba. (Kolcaba, 2003)

Concluo que escrever este jornal de aprendizagem foi mais um passo significativo no meu processo de aquisição/desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica, submetida a TMO e à sua família, pelo que será um importante contributo para a elaboração do relatório de estágio.

3 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. London: Pan Books.
- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflective Practice*. (L. Wiggins, Ed.) United Kingdom.
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 677-704). Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Martins, L. (2004). Aspectos Éticos em Oncologia. In F. Regateiro, M. Bilro, A. Assunção, M. F. Monteiro, R. Nunes, J. Rodrigues, & D. Carius, *Enfermagem Oncológica* (pp. 179-192). Coimbra: Formasau.
- Ordem dos Enfermeiros. (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem Dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2005). *A comunicação, modo de emprego*. Loures: Lusociência.
- Williams, R., Wessel, J., Gemus, M., & Foster-Seargeant, E. (2002). Journal writing to promote reflection by physical therapy students during clinical placements. *Physiotherapy Theory and Practice*, 5-15.

APÊNDICE

**Apêndice 1 – Opiniões dos colegas do Local de Estágio II, sobre o Guião da
Consulta de Enfermagem Pré-TMO**

O internamento do doente hematológico na UTMO com vista à realização do transplante de medula óssea é um factor por si só gerador de ansiedade, receios e dúvidas relativamente à forma como o seu tratamento irá evoluir e aos procedimentos terapêuticos que serão realizados.

A elaboração de um Guião da consulta de enfermagem pré-transplante é um passo fulcral para o acompanhamento do doente de uma forma holística, contendo linhas orientadoras sobre as principais temáticas que devem ser abordadas tanto com o doente, como com os familiares que estejam presentes. Por outro lado permite também uniformizar os cuidados e melhorar o trabalho em equipa.

A implementação da consulta de enfermagem pré-transplante é então uma mais-valia no acompanhamento do doente / família no sentido em que durante a mesma se consegue perceber quais serão os receios e dúvidas iniciais. A partir desta etapa conseguem-se definir quais as linhas de actuação para que sejam prestados cuidados individualizados, adaptados a cada pessoa e que vão de encontro às suas necessidades específicas.

Trata-se assim de um processo motivador para toda a equipa, cujo objectivo é a melhoria da prestação dos cuidados, para benefício do doente e da sua família.

_____ 0 _____

Olá Vanda,

Li o teu projecto referente à consulta de enfermagem e acho que a sua implementação é da maior importância e urgência. Num serviço onde nos deparamos frequentemente com utentes mal esclarecidos sobre os procedimentos pré e pós transplante e não raras vezes sobre o transplante em si, a nossa actuação prévia com uma consulta de enfermagem pode diminuir em muito os seus receios, para além de ser um primeiro contacto do doente com o enfermeiro, o início da relação terapêutica.

Da minha parte terei todo o gosto em contribuir para a implementação de um projecto que julgo será muito benéfico para o doente e para a valorização do nosso serviço.

[Redacted signature] _____
[Redacted name]

O projeto de intervenção permite melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a transplante de medula e torna-se assim fundamental para o nosso serviço. Está bem fundamentado, com bibliografia recente, pertinente e atual, o que permite aprofundar os conhecimentos da equipa de enfermagem.

Após a leitura do Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO, considero que esta é uma mais valia para o serviço e para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Julgo que está bem estruturado, de fácil acesso e bem fundamentado.

[Redacted signature]

Na minha perspectiva, acho que a implementação de um projecto de intervenção relacionado com o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea no nosso serviço é de extrema importância, no sentido em que promove uma melhor percepção por parte do doente em relação à perspectiva do seu processo terapêutico.

Assim sendo, o seu processo de tratamento será adequado à sua individualidade e às suas características, e desde início poderá sentir-se acompanhado neste processo e promover a sua adaptação ao mesmo.

A consulta de enfermagem pré-TMO revela-se assim fundamental e necessária para a preparação do doente para o internamento na Unidade, reduzindo assim a sua incerteza e desconhecimento.

Após leitura do guião da consulta de enfermagem pré- TMO verifico que serve de suporte e linha orientadora comum que permita a uniformidade dos cuidados na preparação e durante o processo de tratamento.

Resta-me então dizer, que após a apresentação deste projecto de intervenção, sinto-me motivado para passar à sua concretização e deste modo promover a melhoria dos cuidados de enfermagem na unidade.

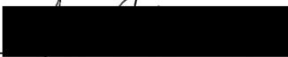
A large black rectangular redaction box covering the signature area. Above the box, there are faint blue ink scribbles that appear to be part of a signature.A small black rectangular redaction box covering a line of text.

Julgo ser importante melhorar o acompanhamento de enfermagem ao doente submetido a Transplante de Medula Óssea, pelo que a Consulta de Enfermagem é importante e fundamental para o serviço.

Acho pertinente a elaboração de um guia orientador para a consulta que organiza e conduz a consulta para os aspectos essenciais a focar na preparação do doente para o transplante.

A implementação da consulta, na minha perspectiva melhora o acolhimento aos doentes na unidade, prepara-o para o internamento e consequentemente promove uma adaptação dos mesmos às normas e procedimentos específicos.

Achei o projecto fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo de especial importância a consulta de enfermagem pré-TMO.





A Enfermagem, é a arte de cuidar a pessoa no seu todo, independentemente das alterações da sua integridade bio-psico-social. É necessário acompanhar toda a mudança e evolução da ciência que está em constante mutação com o indivíduo e o seu meio. Desta forma, pretende-se uma constante aprendizagem, de modo a manter-se apto para o seu desempenho profissional e a um maior enriquecimento como Enfermeiro, para melhor poder desempenhar as funções que nos são confiadas.

A ciência de enfermagem encontra-se em constante mudança, pelo que, conhecimentos anteriormente tidos como certos podem vir a tornar-se inúteis. Desta forma, é imprescindível um processo de atualização constante para que não se estagne e dinamicamente se encontre à altura de responder às necessidades impostas pelo desenvolvimento e evolução tecnológica não esquecendo o pilar da nossa profissão - o cuidar.

Através do guião de consulta de Enfermagem pré-TMO, é-me perceptível ver a importância que este representa, melhorando o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, de forma a preparar a pessoa e família para o internamento e TMO através do esclarecimento de dúvidas e ensinamentos de enfermagem.

Como é referido no guião o ambiente em turno da entrevista e o contexto físico são de extrema importância para que a pessoa se sinta confortável e receptiva à informação que lhe será fornecida.

Assim e como é referido, segundo Kolcaba, o conforto é a experiência imediata de ver fortalecidas as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psíquico, sociocultural e ambiental, sendo que, para a Enfermagem, a acção de confortar, consiste em proporcionar encorajamento e ajuda à pessoa, para que atinja um estado de conforto onde a preocupação, a dor, a angústia e o sofrimento não estejam presentes.

É de relevar, a extrema importância que este guião tem para o nosso serviço, visto que como refere Keller, cuidar de doentes submetidos a transplante de medula óssea requer acções de enfermagem compreensivas e consistentes e o ensino e a preparação são a chave para proporcionar conforto e assistência ao doente hemato-oncológico e à sua família, desta forma uma assistência e acompanhamento do doente e da sua família, irá promover uma

melhor adesão aos tratamentos e à sua finalidade, numa relação de parceria entre o doente/família e os cuidados de enfermagem. Acompanhamento do doente que deverá incidir em cinco dimensões informação básica, preparação e planeamento pré-transplante, considerações sobre o internamento e o condicionamento, o pós transplante e por fim a preparação para a alta e o pós-alta sendo que a consulta corresponde a estas cinco dimensões tornando-se num ponto de viragem no nosso serviço, onde é cada vez mais privilegiada a relação doente/família com a equipa de Enfermagem proporcionando maior conforto e confiança.

Finalizo, com um agradecimento à Enfermeira Vanda, por ter tido uma visão holística sobre o nosso serviço, correspondendo a uma necessidade existente que se espera que alcance o objetivo desejado, a implementação da consulta de enfermagem, e que este traga benefícios para o doente e família.



Penso que o guião da consulta de enfermagem pré-TMO é pertinente, sucinto e facilmente acessível para orientar os enfermeiros na consulta de enfermagem. No meu ponto de vista muitas das questões presentes no guião são tidas em linha de conta pelos enfermeiros e irão facilitar o acolhimento do doente ao serviço, pois, existindo a consulta de enfermagem pré-TMO, o esclarecimento de dúvidas, o prévio acompanhamento de enfermagem e integração nas normas do serviço são facilitadas com a presença do guião.

Deste modo, achei pertinente a elaboração do guia e a implementação da consulta de modo a facilitar o acolhimento e servir de orientação no primeiro contacto com os doentes que serão posteriormente internados na UTMO.

A redacted signature and name, consisting of a large black rectangular box covering the signature and a smaller black rectangular box covering the name, both with blue ink lines extending from them.

Feedback do guião:

Considero a temática muito pertinente e actual. Está de acordo com as necessidades do serviço em uniformizar os ensinamentos realizados ao doente e sua família.

O guião enquadra e justifica muito bem a entrevista e considero muito importante a tua partilha com todos os elementos da equipa, quer pelo envio por email do guião, quer pela formação realizada no serviço.

Será importante numa fase posterior realizares formação na sessão clínica semanal, dando algum feedback da implementação da consulta.

Acredito que a consulta vai dar visibilidade ao trabalho da equipa de enfermagem, vai aumentar o nível de satisfação dos profissionais e vai melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

████████████████████
████████████████████

Opinião sobre o guião

Após ler o guião que elaboras-te fiquei orgulhosa, pela nossa profissão e por tudo o que temos oportunidade de melhorar e desenvolver, sempre com o objetivo de um cuidado com qualidade.

Trabalhando neste Serviço há 23 anos, confronto-me muitas vezes com dúvidas sobre o meu desempenho, e como descuramos aquilo a que temos acesso.

De facto, o Enfermeiro tem o privilégio de ter uma influência e um acesso direto às realidades dos doentes e das suas famílias.

Grande parte do sucesso terapêutico passa por nós, pelo nosso desempenho, pelo nosso ensino, pelo nosso acompanhamento, pela nossa disponibilidade, enfim por nós como instrumentos terapêuticos neste complexo e doloroso processo que é o processo de transplantação.

Creio que a afirmação da nossa profissão deve passar por iniciativas deste cariz, pois a nossa presença, mais do que ser imposta, deve ser desejada, reconhecida e solicitada.

Estando eu também a frequentar um Curso de Especialização, sinto-me capacitada para reconhecer a pertinência deste guião.

Parabéns pela iniciativa e pelo bem que estás a promover a favor do doente hematológico.

APÊNDICE VIII – Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO

Elaborado por: Vanda Ferreira N° 4044

Lisboa

2013

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Vertente Enfermagem Oncológica

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Guia da Consulta de Enfermagem Pré-TMO

Elaborado por: Vanda Ferreira N° 4044

Lisboa

2013

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CVC – Cateter Venoso Central

PBSC - Peripheral blood stem cells (células sanguíneas pluripotentes periféricas)

QT - Quimioterapia

SPIKES – Iniciais dos 6 passos do Protocolo de Buckman na transmissão de más notícias. **S- SETTING** up the interview (preparação da entrevista), **P** – assessing the patient's **PERCEPTION** (perceção da pessoa sobre o assunto), **I** – obtaining the patient's **INVITATION** (obter convite da pessoa para receber a informação), **K** - giving **KNOWLEDGE** and information to the patient (conhecimento/informação transmitida), **E** - addressing the patient's **EMOTIONS** with empathic responses (responder face às emoções da pessoa com respostas empáticas), **S** - **STRATEGY** and **SUMMARY** (resumo e estratégias de futuro)

TMO – Transplante de Medula Óssea

ÍNDICE

Pág

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	32
INTRODUÇÃO	5
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
1.1- Referencial Teórico de Enfermagem – Katharine Kolcaba	11
2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-TMO:.....	13
3 – METODOLOGIA.....	15
3.1 - Planeamento dos Recursos	15
3.1.1 - Recursos Humanos	15
3.1.2 – Recursos Materiais	15
3.2 – Agendamento das Consultas	16
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	17

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização em Enfermagem Oncológica, na Unidade Curricular Estágio com Relatório propus-me realizar um Projeto de Intervenção que melhorasse o Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a TMO (Transplante de Medula Óssea) e à sua família, através da implementação de uma Consulta de Enfermagem Pré-TMO, para tal elaborei um Guião de Consulta de Enfermagem.

A Consulta de Enfermagem Pré-TMO tem como finalidade melhorar o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família. Tem como objetivo melhorar a preparação da pessoa e da sua família para o internamento e para o TMO através do esclarecimento de dúvidas e ensinamentos de enfermagem.

Serve o presente guião para orientação acerca da Consulta de Enfermagem Pré-TMO, para criar consenso nos Cuidados de Enfermagem e poder existir um acompanhamento de Enfermagem eficaz à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família desde a preparação e acolhimento na Unidade de Transplantação durante o internamento e na preparação para a alta.

Para acompanharmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, devemos ter como suporte uma teoria de enfermagem que pressupõe a sua aplicação na prática de cuidados. Suportei as minhas intervenções de enfermagem no referencial teórico de Katharine Kolcaba e na sua Teoria do Conforto. O cuidado e as intervenções de enfermagem são denominadas por Kolcaba como medidas de conforto com o objetivo de promover um estado de alívio físico e mental. Ao confortarmos a pessoa com doença hemato-oncológica e a sua família, pretende-se que este alívio seja global, se concretize num esclarecimento de dúvidas e na explicação de normas e procedimentos, no controlo sintomático, na relação de

ajuda, no apoio à família, para que haja preparação para o percurso e trajetória da sua doença e a pessoa se sinta confortada.

O Acompanhamento de Enfermagem passa pela prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família, desde a preparação, durante o internamento e no pós-alta. A Consulta de Enfermagem está dirigida para melhorar a preparação, para que haja um acompanhamento de enfermagem eficaz durante o internamento e na preparação da alta.

O protocolo de 6 etapas (SPIKES) desenvolvido por Buckman na transmissão de más notícias é ainda hoje em dia considerado válido, no que se refere a entrevistas de carácter clínico com os doentes sobre comunicação de más notícias. (Lino, Augusto, Oliveira, Feitosa e Caprara, 2011) Este guião terá em consideração os aspetos do Protocolo de Buckman, adaptados à realidade da Unidade e das necessidade de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família.

Este trabalho abordará a fundamentação teórica que sustenta os cuidados de enfermagem e o ensino na Consulta de Enfermagem pré-TMO, aborda o referencial teórico para os cuidados de enfermagem – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003) e por fim o Guião estruturado da Consulta.

1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A implementação da consulta de enfermagem requer mudanças na prática de cuidados do enfermeiro, levando-o a compreender sua complexidade, reconhecendo a metodologia necessária enquanto atividade que necessita de metodologia própria e objetivos definidos. (Silva, 1998)

Para Silva, (1998), a consulta de enfermagem pressupõe a existência de duas ou mais pessoas em proximidade física, que percebam na presença uma da outra uma interdependência comunicativa - uma pessoa comunica como consequência da comunicação de outra, com troca de mensagens; compreensão das mensagens verbais e/ou não-verbais e informalidade e flexibilidade.

Segundo Buckman (1992) o ambiente em torno da entrevista e o contexto físico são de extrema importância para que a pessoa se sinta confortável e receptiva à informação que lhe será fornecida. Deve ser providenciado, se possível, uma sala para dar privacidade, onde as pessoas possam estar sentadas e confortáveis, sem ruído que possa causar distração.

A relação entre o entrevistador e a pessoa deve ser fortalecido desde o início. O Enfermeiro deverá apresentar-se e é importante tratar a pessoa pelo seu sobrenome se for desconhecido, ou pelo nome habitual quando já existir uma relação prévia. No que se refere à entrevista propriamente dita, Buckman (1992) considera importante ter noção de que a forma como condicionamos a entrevista poderá ser fundamental para que a pessoa se sinta envolvida na conversa e que possa esclarecer dúvidas e interagir de forma positiva.

O Enfermeiro deverá recorrer a perguntas fechadas quando se pretende colher informação concreta e objetiva. Quando recorre a perguntas abertas, espera-se subjetividade nas respostas da pessoa, permite-lhe falar sobre a sua opinião, dá liberdade à pessoa e não lhe condiciona o discurso.

É muito importante dar a entender à pessoa que a estamos a escutar e não só a ouvir, que estamos a valorizar as suas opiniões e escolhas. Buckman (1992) refere que neste aspeto há regras que se devem ter em conta, tais como:

- Não falar enquanto a pessoa está a falar.
- Encorajar a pessoa a falar, respondendo: “*Sim... mm mm... continue...*”.
- Manter contacto visual.
- Permitir pequenos períodos de silêncio. Se for muito demorado, pergunte diretamente à pessoa: “o que está a pensar neste preciso momento?” Assim retomamos a entrevista sobre o assunto que preocupa a pessoa.
- Recorrer à repetição, dá a sensação à pessoa de que estamos a ouvi-la, pois perguntamos algo nas suas próprias palavras.
- Reiterar/parafrasear, permite repetir a pergunta feita pela pessoa por outras palavras, no sentido de compreender mesmo o que a pessoa quer saber.
- Utilizar a reflexão, pois a pessoa compreende que houve uma escuta ativa e uma interpretação do que ela disse.

Outros aspetos a ter em conta são a percepção que a pessoa tem sobre a Consulta e sobre o internamento. Torna-se fundamental que o Enfermeiro compreenda a informação que a pessoa já tem sobre o TMO e sobre o internamento, assim como o que a pessoa quer realmente saber. Não se torna produtivo para o rendimento da Entrevista que o Enfermeiro dê informação que a pessoa não dá valor e que não possamos esclarecer as dúvidas que efetivamente tem. Depois de esclarecer este aspeto, então poderão ser fornecidas informações específicas relativamente ao internamento na unidade de transplantação e suas considerações.

Esta Consulta tem como intuito melhorar o acompanhamento das pessoas com doença hemato-oncológica submetida a TMO e da sua família. É o momento mais propício para realizar a Colheita de Dados instituída na unidade. De acordo com Keller (2000), cuidar dos doentes submetidos a transplante de medula óssea requer ações de enfermagem compreensivas e consistentes e o ensino e a preparação são a chave para proporcionar conforto e assistência ao doente hemato-oncológico e à

sua família. Uma assistência e acompanhamento do doente hemato-oncológico e da sua família, irá promover uma melhor adesão aos tratamentos e à sua finalidade, numa relação de parceria entre o doente/família e os cuidados de enfermagem. (Keller, 2000)

Com um acompanhamento eficaz, na minha perspectiva, teremos fomentados os alicerces para preparar a alta da pessoa e da sua família, atempadamente e centrados nas suas necessidades de conforto.

O TMO constitui, em muitas doenças hemato-oncológicas, o único ou último tratamento a oferecer aos doentes. É portanto uma etapa da trajetória da sua doença para a qual os enfermeiros devem adequar as suas intervenções, baseadas na evidência científica, de modo a acompanhar as pessoas com doença pelos enfermeiros, de modo a acompanhar a pessoa com doença hemato-oncológica submetida a transplante de medula óssea e a sua família.

De acordo com os Especialistas na área da transplantação de medula óssea americana, a preparação do doente e família antes do Internamento é fundamental, pelo que desenvolveram um guia educativo e de capacitação do doente hemato-oncológico e da sua família para todo o processo de transplantação de medula óssea. Abordam as questões físicas, mas também as questões emocionais e desafios interpessoais para promover um acompanhamento eficaz a estes doentes e às suas famílias. (The Bone Marrow Foundation, 2012)

Este acompanhamento do doente hemato-oncológico, segundo estes especialistas deve insidir sobre cinco dimensões, tais como: Informação básica acerca do TMO; preparação e planeamento pré-transplante; considerações sobre o internamento e o condicionamento; o pós-transplante e por fim a preparação para a alta e o pós-alta. (The Bone Marrow Foundation, 2012)

No que se refere à Informação básica acerca do transplante, deve ser explicado o que é a medula óssea ou PBSC, qual a sua função, onde se encontra e a necessidade de realizar o TMO. Explicar os componentes da Medula Óssea (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos, plaquetas) e suas funções.

Na preparação e planeamento pré-transplante importa que a pessoa compreenda as necessidades de conforto da pessoa e da família. Deve-se referir que é de extrema

importância que o Enfermeiro que realiza a entrevista seja o Enfermeiro de Referência, podendo ser acompanhado por este durante o internamento até à alta, sendo também o elo de ligação com a restante Equipa Multidisciplinar. Segundo Costa (2004), uma prestação de cuidados com o método de Enfermeiro de Referência respeita o conceito de cuidados individualizados. Cada pessoa doente está associada com um enfermeiro primário que possui responsabilidade e é responsável pelos cuidados totais à pessoa. (Costa, 2004) O Enfermeiro de Referência deve envolver a família nos cuidados e nesta consulta deverá ser incluído um elemento da família ou alguém significativo para a pessoa, mesmo que não esteja sempre na prestação direta de cuidados. A informação deverá ser fornecida e dirigida à pessoa sempre em primeiro lugar, por ser o centro dos nossos cuidados, mas a família deve ser ouvida e as suas necessidades devem ser tidas em consideração. A informação fornecida deverá ser realista e baseada na informação médica feita previamente, mas sem aumentar a ansiedade da pessoa e da sua família. O Enfermeiro de Referência deverá realizar a articulação com o Psicólogo ou com a Assistente Social para colmatar as necessidades de conforto da pessoa e da sua família identificadas na Consulta.

No que diz respeito ao Internamento na Unidade e Condicionamento, o Enfermeiro de Referência deverá dar informação sobre o isolamento e as regras do serviço, sobre as restrições alimentares e de objetos a trazer para o quarto, a colocação de CVC, os efeitos da quimioterapia como as náuseas e vômitos. Importa que o Enfermeiro de Referência compreenda as necessidades de conforto relativas à falta de informação da pessoa e da sua família. O intuito é esclarecer e não causar ansiedade e angústia. O Enfermeiro deverá perceber se a pessoa e a sua família estão preparados para receber a informação e se necessário esta deverá ser dada de forma gradual e ao longo do internamento. (The Bone Marrow Foundation, 2012) Assim é importante que este aspecto seja partilhado para os restantes elementos da Equipa Multidisciplinar e manter assim a continuidade dos cuidados.

A Informação a fornecer após o TMO deverá, também, ser realizada de forma gradual e ao longo do internamento, consoante as necessidades de informação de cada pessoa e da sua família. Deverá ser abordada a mucosite, alopecia, anorexia e reações cutâneas, aplasia e infeções, saída da aplasia, a fadiga relacionada com a

aplasia, no sentido de que é expectável que a pessoa se sinta asteniada, que apareçam as reacções, as infeções e as febres.

A preparação para a alta e o pós-alta devem ser abordados no sentido de que será realizada ao longo do seu internamento e referir que toda a Equipa de Enfermagem estará empenhada na preparação para a alta e em explicar todos os procedimentos e esclarecer as dúvidas. O Enfermeiro de Referência irá gerir os ensinamentos realizados ao longo do internamento com a Equipa de Enfermagem e deve ser demonstrada disponibilidade para que a pessoa e a sua família possam recorrer ao Enfermeiro de Referência sempre que acharem necessário.

Deve ser dado espaço na Consulta para esclarecer as dúvidas da pessoa e da sua família. Perguntar diretamente se há algo que gostaria de esclarecer para que a pessoa esteja o mais preparado possível para enfrentar o internamento na unidade.

Em seguida, após a Consulta terminar, e para consolidar a informação fornecida é importante que a pessoa conheça a unidade e as instalações dos quartos, para ter noção real do espaço. Deve ser feita visita com o Enfermeiro de Referência e ir apresentando a pessoa e a sua família aos elementos da Equipa Multidisciplinar para que a pessoa se sinta acompanhada por todos.

De acordo com a evidência encontrada e informação dos peritos na área da transplantação de medula óssea, torna-se extremamente importante acompanhar o doente hemato-oncológico submetido a transplante de medula óssea e a sua família e pretende-se que a Consulta de Enfermagem Pré-TMO promova uma boa adaptação da pessoa e da sua família ao internamento e ao TMO e seja facilitador de um acompanhamento de enfermagem eficaz à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família.

1.1 - Referencial Teórico de Enfermagem – Katharine Kolcaba

Para Kolcaba (2003), o conforto é considerado como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente de alívio, tranquilidade e transcendência. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo

necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; o segundo estado, tranquilidade, é um estado de calma ou de satisfação e é necessário para um desempenho eficiente; o terceiro estado, transcendência, é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

Segundo a autora, estes três estados de conforto desenvolvem-se nos seguintes quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto psicoespiritual diz respeito à consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior; o contexto ambiental envolve aspectos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio. (Kolcaba, 2003)

Assim o conforto é a experiência imediata de ver fortalecidas as suas necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. (Kolcaba, 2003)

O quadro conceitual de Kolcaba é uma referência para a minha prestação de cuidados, de modo a permitir-me uma visão holística do conforto da pessoa submetida a TMO e à sua família e promover intervenções de enfermagem que visem a satisfação das suas necessidades de conforto.

A ação de confortar para a Enfermagem consiste em proporcionar encorajamento e ajuda à pessoa, para que atinja um estado de conforto onde a preocupação, a dor, angústia e o sofrimento não estejam presentes. (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003)

O TMO é uma opção de tratamento que pode originar stress, medo, ansiedade, depressão, negação, sofrimento e desespero. (Keller, 2000) Para que estas reações negativas sejam diminuídas, é necessário que a pessoa e a sua família sejam preparadas para o TMO, através de intervenções que promovam o seu conforto, para que diminua a sua ansiedade e o medo face ao desconhecido, proporcionando tranquilidade.

2 - CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-TMO:

- Apresentações (Enfº de Referência) – **2 minutos**
- Explicar o objetivo da Consulta – **1 minuto**
- Realizar colheita de dados, tendo por base a folha existente no serviço e identificando as necessidades de conforto da pessoa e da sua família. (Se necessário, realizar contacto com Assistente Social ou Psicólogo ou outro membro da Equipa Multidisciplinar).– **7 minutos**
- Confirmar os conhecimentos prévios da pessoa e os que foram fornecidos pela Equipa Médica. - **1 minutos**
- Realizar ensino de enfermagem de preparação para a entrada na Unidade, dando informação sobre: - **15 minutos**
 - ✓ Isolamento e medidas protetoras (visitas, roupa)
 - ✓ Condicionamento (CVC, QT e seus efeitos - abordagem geral)
 - ✓ Dia 0 e infusão de PBSC ou Medula Óssea
 - ✓ Aplasia e seus efeitos (abordagem geral)
 - ✓ Preparação para a Alta (através do guia de preparação para a alta que entregamos no internamento)
- Esclarecimento de dúvidas. **3 minutos**
- Entrega do Guia de Acolhimento e demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas (dar contacto telefónico da unidade). **1 minuto**
- Visita à unidade (apresentar os elementos da Equipa Multidisciplinar à pessoa e a sua família) **5 minutos.**

O tempo programado é de 35 minutos com a visita, para que não se torne extenso, servindo os minutos programados apenas para orientação do Enfermeiro. A

Consulta não tem de ser rígida, deve ser adequada às necessidades de conforto de cada pessoa e sua família, de modo a dar a informação mais importante e que lhes transmita tranquilidade.

3 – METODOLOGIA

3.1 - Planeamento dos Recursos

3.1.1 - Recursos Humanos

A Consulta de Enfermagem Pré-TMO está prevista ser realizada por todos os Enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família, pois poderão dar continuidade à avaliação que foi realizada por si e dar conhecimento das necessidades de conforto identificadas.

Assim, este enfermeiro será uma referência para aquela pessoa e sua família, ficando responsável por transmitir à restante equipa a sua avaliação na consulta. Toda a equipa prestará cuidados a esta pessoa e à sua família, pelo que este enfermeiro será apenas um elo de ligação.

Toda a equipa de enfermagem receberá formação sobre a fundamentação teórica que envolve a Consulta de Enfermagem Pré-TMO, para poder existir uniformização das práticas.

O Guião será disponibilizado a toda a equipa de enfermagem para poderem ser tidas em conta as opiniões dos profissionais que irão realizar a consulta e se necessário, proceder a alterações.

3.1.2 – Recursos Materiais

A Consulta terá lugar no gabinete de Transplantação ou na sala de apoio ao secretariado, de modo a manter um ambiente privado e sossegado, para promover

conforto e segurança à pessoa e à sua família enquanto se fazem ensinamentos de preparação para o internamento e se esclarecem dúvidas.

Nesta consulta deverá ser preenchida a folha de colheita de dados instituída no serviço, dando ênfase às necessidades de conforto identificadas que irão constar na área referente a “Observações”.

3.2 – Agendamento das Consultas

Durante o mês de Janeiro apresentado o guião da consulta de enfermagem pré-TMO e formação à equipa de enfermagem sobre a Consulta de Enfermagem, a sua finalidade e objetivos, assim como a fundamentação teórica que está na base da sua elaboração.

Durante o mês de Janeiro programar-se-á, juntamente com a Equipa Médica da Unidade, as consultas de enfermagem a desenvolver em Fevereiro.

No mês de Fevereiro começará a realizar-se a Consulta de Enfermagem Pré-TMO aos doentes programados para entrar no mês de Fevereiro e Março, consoante o agendamento previsto.

2 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Buckman, R. (1992). *How to Break Bad News*. London: Pan Books.
- Costa, J. (2004). Métodos de prestação de cuidados. *Millenium* (pp. 234-251). Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.
- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 677-704). Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., & Kolcaba, R. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 1301-1310.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda-abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lino, C. A., Augusto, K. L., Oliveira, R. A., Feitosa, L. B., & Caprara, A. (2011). Uso do Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 52-57.
- Nucci, M., & Maiolino, A. (Jul/Set de 2000). Infecções em Transplante de Medula Óssea. *Simpósio: Transplante de Medula Óssea*, 33, 278-293. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de Simpósio: Transplante de Medula Óssea: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/infeccoes_transplante_medula_ossea.pdf

-
- Phaneuf, M. (2005). A comunicação, modo de emprego. In M. Phaneuf, *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (pp. 1-656). Loures: Lusociência.
- Rodrigues, J., & Carius, D. (2004). Transplantação de Progenitores Hematopoiéticas. In F. Regateiro, M. Bilro, A. Assunção, M. Monteiro, & R. Nunes, *Enfermagem Oncológica* (pp. 105-122). Coimbra: Formasau.
- Silva, M. d. (1998). A Consulta de Enfermagem no contexto da comunicação interpessoal - percepção do cliente. *Rev. latino-am. Enfermagem*, 27-31.
- The Bone Marrow Foundation. (2012). *Autologous Bone Marrow/Stem Cell Transplantation: A Medical & Educational Handbook*. Obtido em 20 de Junho de 2012 de The Bone Marrow Foundation: <http://www.bonemarrow.org/resources/publications.php>

**APÊNDICE IX - Formação no Local de Estágio II: Acompanhamento de
Enfermagem à Pessoa Submetida a TMO e à sua família**

3º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica
Vertente Enfermagem Oncológica
Unidade Curricular Estágio com Relatório

Acompanhamento de Enfermagem à pessoa submetida a Transplante de Medula Óssea e à sua família



Vanda Ferreira nº 4044

7-2-2013

Sumário

- Acompanhamento de Enfermagem
- Enquadramento Teórico
 - Evidência Científica – RSL
 - Quadro Concetual de Katharine Kolcada
- Consulta de Enfermagem Pré-TMO
- Contacto telefónico após alta

7-2-2013

Acompanhamento de Enfermagem



- Acontece sempre numa relação em que existe dependência/independência entre indivíduos
- Ocorre uma procura de ajuda por aquele que está dependente e vontade de disponibilizar ajuda e suporte por parte de quem apresenta conhecimentos para ajudar.

Kotzé (1998)

7-2-2013

Acompanhamento de Enfermagem



- É um processo sistemático que tem como objetivo tornar a pessoa capaz de superar as suas necessidades de ajuda e suporte, pela aceitação da responsabilidade e pela recuperação da independência.

Kotzé (1998)

- Cuidar das pessoas submetidas a TMO requer ações de enfermagem compreensivas e consistentes. O ensino ao doente e à sua família é fundamental para acompanhar a pessoa e os seus familiares ao longo do processo de transplante.

(Keller, 2000)

7-2-2013

Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa submetida a TMO e à sua família



- Prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à Pessoa com doença hemato-oncológica submetida a TMO e à sua família na preparação, no internamento e pós-alta.
- Capacitação da pessoa submetida a TMO e da sua família para todo o processo de transplantação de medula óssea.

The Bone Marrow Foundation (2012)

7-2-2013

Acompanhamento de Enfermagem à Pessoa submetida a TMO e à sua família



- Informação acerca do TMO
- Preparação e planeamento pré-TMO (Consulta de Enfermagem)
- Internamento e Condicionamento;
- Pós-transplante;
- Preparação para a alta e pós-alta.

The Bone Marrow Foundation, 2012

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica

Metodologia – Revisão Sistemática da Literatura

Pergunta de investigação PI[C]O:

“Quais as intervenções de enfermagem importantes **(I)** que promovem o acompanhamento de enfermagem **(O)** à pessoa submetida a TMO e a sua família **(P)?**”



Palavras – Chave:

Cancer patient **AND**
Stem Cell Transplantation **AND**
Nursing **OR**
Nursing Care **AND**
Follow up

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica - RSL

CHINAL Plus with Full Text,

MEDLINE with Full Text,

Cochrane Database of Systematic Reviews.

Nursing & Allied Health Collection

Bases de dados científicas



90 artigos

Texto
integral

2005-Out 2012

25 artigos



9 artigos

Crítérios de inclusão
e exclusão

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 1

Schulmeister, L., Quiett, K., Mayer, K. (2005). **Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum*. 57-67.

- Doentes submetidos a Auto-TMO com Qt alta dose sofrem imediata ↓Qualidade de Vida(QV). (P)
- ↑QV e ↑ satisfação com o atendimento → ↑ Evolução clínica. (O)
- Enfermagem: Investir na comunicação, informação, cuidados de enfermagem e apoio ao sobrevivente de cancro. (I)

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 2

Hacker, E., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., Dieterle, N. (2006). **Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant.** *Oncology Nursing Forum*. 614-624.

- Doentes submetidos a QT alta dose e Transplante de PBSC apresentam ↑fadiga, ↓atividade física e ↓ QV. (P)
- Enfermagem: ↑ cuidados de enfermagem de incentivo à atividade física (I) para combater a fadiga imediatamente após o transplante (O).

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 3

Hacker, E., Larson, J., Peace, D. (2011). **Exercise in Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Lessons Learned and Results From a Feasibility Study.** *Oncology Nursing Forum*. 216-223.

- Doentes submetidos a QT alta dose e Transplante de PBSC
↑fadiga, ↓atividade física e ↓ QV. (P)
- Enfermagem: ↑ intervenções de enfermagem para treino da força muscular (I) → ↑ recuperação no pós TMO (O).

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 4

Curcioli, A., Carvalho, E.(2010). **Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing.** *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 716-724.

- Doentes submetidos a TMO apresentam reacções adversas com produtos frescos ou com criopreservante (PBSC ou Medula Óssea) (P).
- Enfermagem: Monitorização de todo o processo de infusão (I) para despiste rápido de sintomas e reacções adversas (O).

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 5

Boonstra, L., Harden, K., Jarvis, S., Palmer, S., Kavanaugh-Carveth, P., Barnett, J., Friese, C. (2011). **Sleep Disturbance in Hospitalized Recipients of Stem Cell Transplantation.** *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 271-276.

- Doentes submetidos a Transplante de PBSC com alteração do padrão do sono (P) → dor, insónia crónica, dificuldade respiratória, obesidade, stress e ansiedade.
- Enfermagem: desenvolver estratégias para reduzir as interrupções do sono (I) e ↑ QV dos doentes (O).

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 6

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*. E1-E8.

- Doentes submetidos a TMO com altas + precoces, ↑ morbidade, ↑ problemas físicos e psicossociais após a alta. (P)
- Enfermagem: necessidade de ↑ ensino na preparação para a alta (I) e ↑ acompanhamento dos doentes após o transplante (O).

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 7

Garbin, L., Silveira R., Braga F., Carvalho, E. (2011). **Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 640-650.

- Artigos revelam evidência científica forte para utilização de filtros HEPA. (P)
- Artigos referem que não há evidência científica forte para isolamento protetor nem para a utilização de máscara. (P)
- Enfermagem: Adequar medidas e equipamento de protecção individual (I), de acordo com as diretrizes do CDC e tipo de TMO com intuito de diminuir o risco de infeção (O).

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 8

Lyons, K., Hull, J., Root, L., Kimtis, E., ARNP, Schaal, A., Stearns, D., Williams, I., Meehan, K., Ahles, T. (2011). **A Pilot Study of Activity Engagement in the First Six Months After Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum.* 75-83.

- Após avaliação da condição física identificou-se que doentes submetidos a TMO apresentam níveis de atividade física estabilizados ± 100 dias pós TMO. (P)
- Enfermagem: promover a satisfação dos doentes e $\uparrow$ envolvimento nas suas atividades diárias (I) $\rightarrow \uparrow$ reabilitação durante a recuperação pós TMO (O).

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Evidência Científica – RSL

Artigo 9

Brown, M. (2010). **Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation.** *Nursing Standard.* 47-56.

- Enfermeiros nas unidades de TMO (P) desenvolvem intervenções no pré, durante e pós TMO alogénico (I) → prevenção de infeção. (O)
- Enfermagem: papel fundamental na prevenção e tratamento de infeções na preparação, durante e no pós TMO (O)

7-2-2013

Enquadramento Teórico

RSL

- Foi encontrada evidência científica de intervenções de enfermagem importantes no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO em situações específicas.
- Pouca ou fraca evidência das intervenções à família da pessoa submetida a TMO.



RSL – família da pessoa submetida a TMO

7-2-2013

Enquadramento Teórico

RSL – Família



➤ Área importante a investigar em enfermagem, pouca evidência científica na área do TMO

7-2-2013

Enquadramento Teórico

Quadro Conceitual de Katharine Kolcaba
Teoria do Conforto

Pessoa: indivíduo com necessidades de **Conforto**

Enfermagem: avaliação das necessidades de **Conforto**

Conforto: Experiência imediata de alívio, tranquilidade ou transcendência a nível dos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental.

Contextos:

- ✚ Físicos
- ✚ Psicoespiritual
- ✚ Sociocultural
- ✚ Ambiental

Estados:

- ✚ Alívio
- ✚ Tranquilidade
- ✚ Transcendência

7-2-2013

(Kolcaba, 2003)

Enquadramento Teórico

Quadro Concetual de Katharine Kolcaba Teoria do Conforto

➤ Acompanhamento de Enfermagem dirigido à individualidade da pessoa e sua família ao longo de todo o internamento

**Promoção
do Conforto**



As pessoas empenham-se ativamente por satisfazer as suas necessidades básicas de conforto e quando o conforto é alcançado, os doentes sentem-se fortalecidos.

7-2-2013

Kolcaba (2003)

Consulta de Enfermagem Pré-TMO

Finalidade: promover o acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a TMO e à sua família.

Objetivo: melhorar a preparação da pessoa e da sua família para o internamento e para o TMO através de ensinos de enfermagem e esclarecimento de dúvidas.

7-2-2013

Consulta de Enfermagem Pré-TMO

Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO

- Apresentações (Enfº de Referência) – **2 minutos**
- Explicar o objetivo da Consulta – **1 minuto**
- Realizar colheita de dados - **7 minutos**
- Confirmar os conhecimentos prévios da pessoa - **1 minuto**
- Realizar ensino de enfermagem , abordando: - **15 minutos**
 - * Isolamento e medidas protetoras (visitas, roupa)
 - * Condicionamento (CVC, QT e seus efeitos - abordagem geral)
 - * Dia 0 e infusão de PBSC ou Medula Óssea
 - * Aplasia e seus efeitos (abordagem geral)
 - * Preparação para a Alta (durante o internamento na UTMO)

7-2-2013

Consulta de Enfermagem Pré-TMO

Guião da Consulta de Enfermagem Pré-TMO (cont...)

- Esclarecimento de dúvidas. **3 minutos**
- Entrega do Guia de Acolhimento - **1 minuto**
- Visita à UTMO - **5 minutos.**

- Os 35 min previstos são apenas para orientação do Enfermeiro, deve ser sempre adaptado à pessoa e família.
- Médicos da UTMO informam Coordenação de Enfermagem que programam a Consulta de Enfermagem nos Cuidados.
- Disponibilidade do gabinete de Transplantação.

7-2-2013

Consulta de Enfermagem Pré-TMO

Contacto telefónico após alta (+/- 48h)



- Validação e reforço dos ensinamentos de Enfermagem realizados.
- Avaliação de necessidades de conforto da pessoa e família imediatas após a alta.
- Articulação com o Hospital de Dia de Hematologia (necessidades de conforto da pessoa e da família)

7-2-2013

Obrigada pela atenção...

7-2-2013

Referências Bibliográficas

Boonstra, L., Harden, K., Jarvis, S., Palmer, S., Kavanaugh-Carveth, P., Barnett, J. , Friese, C. (2011). **Sleep Disturbance in Hospitalized Recipients of Stem Cell Transplantation.** *Clinical Journal of Oncology Nursing.* 271-276.

Brown M (2010). **Nursing care of patients undergoing allogeneic stem cell transplantation.** *Nursing Standard.* 47-56.

Curcioli, A., Carvalho, E.(2010). **Infusion of Hematopoietic Stem Cells: Types, Characteristics, Adverse and Transfusion Reactions and the Implications for Nursing.** *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 716-724.

Garbin, L., Silveira R., Braga F., Carvalho, E. (2011). **Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 640-650.

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.* E1-E8.

Hacker, E., Ferrans, C., Verlen, E., Ravandi, F., van Besien, K., Gelms, J., Dieterle, N. (2006). **Fatigue and Physical Activity in Patients Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplant.** *Oncology Nursing Forum.* 614-624.

7-2-2013

Referências Bibliográficas

Hacker, E., Larson, J., Peace, D. (2011). **Exercise in Patients Receiving Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Lessons Learned and Results From a Feasibility Study.** *Oncology Nursing Forum.* 216-223.

Kolcaba, K. (2003). **Comfort Theory and Practice - A Vision for Holistic Health Care and Research.** New York: Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1633-7.

Kotzé, W. (1998). **An Anthropological Nursing Science: Nursing Accompaniment Theory .** *Health Gesondheid,* 3-14.

Lyons, K., Hull, J., Root, L., Kimtis, E., ARNP, Schaal, A., Stearns, D., Williams, I., Meehan, K., Ahles, T. (2011). **A Pilot Study of Activity Engagement in the First Six Months After Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum.* 75-83.

Schulmeister, L., Quiett, K., Mayer, K. (2005). **Quality of Life, Quality of Care, and Patient Satisfaction: Perceptions of Patients Undergoing Outpatient Autologous Stem Cell Transplantation.** *Oncology Nursing Forum.* 57-67.

The Bone Marrow Foundation. (20 de 6 de 2012). **Autologous Bone Marrow/Stem Cell Transplantation: A Medical & Educational Handbook.** Obtido de The Bone Marrow Foundation: <http://www.bonemarrow.org/resources/publications.php>

7-2-2013

**APÊNDICE X – Participação da Mesa Redonda do Congresso Científico sobre
Isolamento à Pessoa Submetida a TMO no Local de Estágio II**

Isolamento à pessoa Submetida a Transplante de Medula Óssea

Local de Estágio II

Enf^a. Vanda Ferreira

Nov 2012

SUMÁRIO

- + Isolamento e TMO - Evidência Científica
- + Isolamento na UTMO
- + Referências Bibliográficas

ISOLAMENTO E TMO - Evidência Científica

- O Transplante de Medula Óssea (TMO) é um procedimento terapêutico utilizado no tratamento de doenças hemato-oncológicas, com recurso à administração de doses elevadas de quimioterapia.
- Os doentes submetidos a TMO sofrem uma aplasia medular profunda, com vulnerabilidade e risco de infeção, associada também à imunossupressão, pelo que as medidas de **isolamento** e o **ambiente protetor** são de extrema importância.

(Rodrigues & Carius, 2004)

9-11-2012

ISOLAMENTO E TMO - Evidência Científica

- O Transplante Autólogo e o Transplante Alogénico de dador não relacionado são, respetivamente, as duas situações com o menor e maior risco de infeção.
- Na maioria dos casos, a mortalidade nos T. autólogos ocorre devido à atividade da doença de base.
- No T. alogénicos, deve-se às complicações associadas ao transplante e à terapêutica imunossupressora para evitar a Doença do Enxerto versus Hospedeiro (DEVH).

(Nucci & Maiolino, 2000)

(Nucci & Maiolino, 2000; Garbin, Silveira, Braga, & Carvalho, 2011)

9-11-2012

ISOLAMENTO E TMO - Evidência Científica

- É importante ter o conhecimento de que existem diferenças básicas entre os tipos de transplante e das suas diferentes fases, no sentido de instituir medidas profiláticas contra as infecções no pós-transplante.

(Nucci & Maiolino, 2000; Garbin, Silveira, Braga, & Carvalho, 2011)

- Existem muitas diferenças na atuação face à utilização de medidas de isolamento protetor nos doentes submetidos a TMO e não há consenso relativamente às mesmas.

(Garbin, Silveira, Braga, & Carvalho, 2011)

9-11-2012

ISOLAMENTO E TMO - Evidência Científica

- O CDC (Centers for Diseases Control and Prevention) recomenda que o doente submetido a TMO alogénico, deva estar sujeito a medidas de isolamento protetor e a um ambiente protetor.
- O quarto deve ter pressão positiva, com fluxo laminar vertical e filtros de ar HEPA, para reduzir a contaminação do ambiente.
- Nos transplantes autólogos não está estabelecida evidência científica da necessidade das medidas de isolamento protetor.

*(European Group for Blood and Marrow Transplantation, 2008;
American Society for Blood and Marrow Transplantation, 2009)*

9-11-2012

ISOLAMENTO E TMO - Evidência Científica

- Mank & Van Der Lelie (2003) afirmam que o desuso de medidas de isolamento protetor, em combinação com campanhas de sensibilização para o uso da lavagem higiénica das mãos não aumenta o risco de infeção, reduz custos e aumenta a satisfação do doente.

(Santos, Ribeiro, Silva, Atalla, & Neto, 2011)

- A **lavagem das mãos** é reconhecida como medida eficaz e universal na diminuição das infeções cruzadas e proteção individual.

(European Group for Blood and Marrow Transplantation, 2008;

American Society for Blood and Marrow Transplantation, 2009;

Santos, Ribeiro, Silva, Atalla, & Neto, 2011)

9-11-2012

ISOLAMENTO NA UTMO

- [REDACTED] abriu em 1989, inicialmente com 2 quartos e só se realizavam transplantes alogénicos de dador relacionado.
- O isolamento protetor inicial na [REDACTED] era de regime de porta fechada para todos os doentes, com recurso a touca, proteção dos sapatos e havia uma zona de transfer para entrar na [REDACTED].
- A roupa e a loiça eram esterilizadas na Central de Esterilização.
- Mesmas medidas protetoras no T. Autólogo e no T. Alogénico.
- As medidas foram reduzidas por não apresentarem evidência científica da sua eficácia.

9-11-2012

ISOLAMENTO NA UTMO

- Atualmente foi retirado o transfer, não se usa touca nem proteção dos pés.
- [REDACTED] é composta por 8 quartos de isolamento.
- Transplante Autólogo – Isolamento Protetor de Porta Aberta
- Transplante Alogénico – Isolamento Protetor de Porta Fechada.
 - Alogénico não relacionado – inicia isolamento no 1º dia do condicionamento;
 - Haploidentico - inicia isolamento no 1º dia do condicionamento;
 - Alogénico relacionado – entra em isolamento no dia 0.

9-11-2012

ISOLAMENTO NA UTMO

(Recomendações da Comissão de Controlo de Infecção)

🚦 Precauções relacionadas com o doente e sua unidade:

- Quarto
- Circulação do pessoal
- Prestação de Cuidados de Enfermagem
- Circulação do material e equipamento
- Higienização do ambiente
- Visitas
- Higiene do doente
- Alimentação

9-11-2012

Norma de Março de 2011

■ Características dos Quartos da UTMO

• Ventilação

- Portas fechadas;
- Pressão Positiva (12 renovações /hora)
- Fluxo Laminar Vertical sobre a cama do doente
- Filtros HEPA (99,97% eficiência)
- Controlo da temperatura ambiente

9-11-2012

Vista geral do quarto

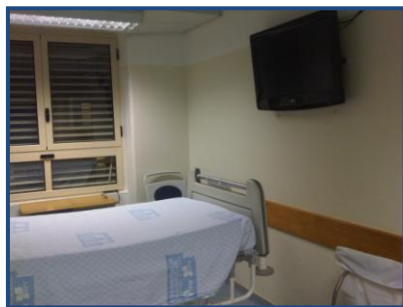


9-11-2012

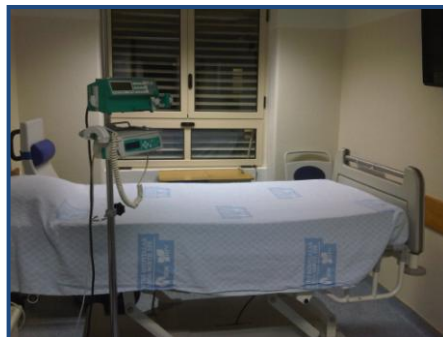


- Fluxo Laminar Vertical
- Entrada do ar por Pressão Positiva
- Filtros HEPA

- Pasma com TV por cabo
- Internet wireless



9-11-2012



- Cama articulada com comando

■ Características do Quarto

• Mobiliário/Equipamento

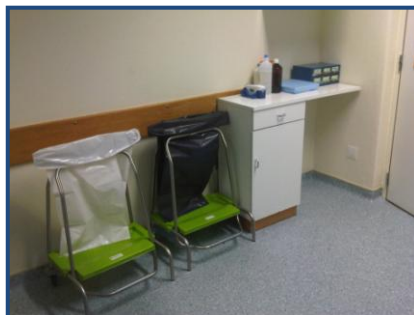
- Superfícies lisas, laváveis e resistentes aos produtos de desinfecção;
- Limpeza e desinfecção dos equipamentos e da unidade do doente realizada pelas A. O. 1x/dia, com Alcool 70° ou Anios®

9-11-2012

- Lavatório com sabão líquido e Sterillium®
- Mesa de cabeceira do doente

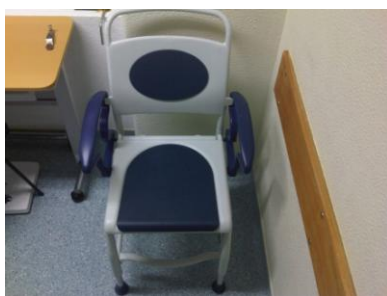


9-11-2012

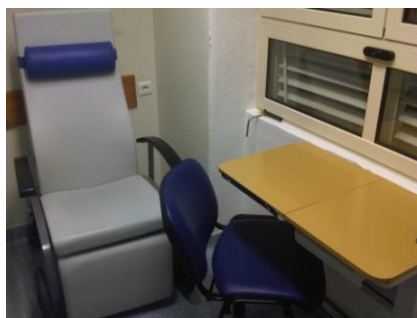


- Lixo contaminado – Saco Branco
- Lixo não contaminado – Saco Preto

Cadeira Sanitária



9-11-2012



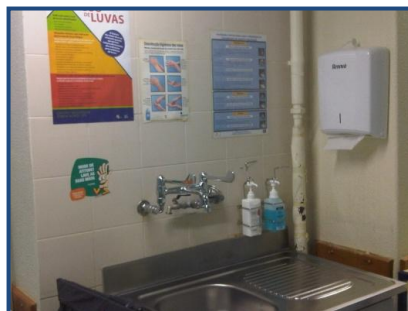
- Cadeirão Reclinável
- Mesa de Refeições

■ Circulação do Pessoal

- Higienização das mãos

- Não é permitido o uso de unhas artificiais, anéis, nem adornos nas mãos e pulsos;
- Proceder à lavagem higiénica das mãos antes de entrar no quarto;
- Após entrar no quarto e fechar a porta, desinfetar as mãos com soluto alcoólico;
- Após sair do quarto e fechar a porta, as mãos são novamente desinfetadas.

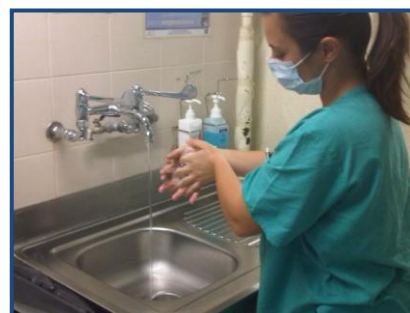
9-11-2012



• Lavatório do corredor da [REDACTED]

9-11-2012

• Lavagem Higiénica das Mãos



■ Circulação do Pessoal

- Equipamento de Proteção Individual
 - Uso de máscara cirúrgica.
 - Uso de avental clinicamente limpo na prestação de cuidados diretos ao doente - Transplante Autólogo.
 - Uso de bata esterilizada na prestação de cuidados diretos ao doente - Transplante Alogénico.
 - Uso de luvas clinicamente limpas, para cumprir as Precauções Básicas.

9-11-2012

■ Prestação de Cuidados de Enfermagem

- Utilização de luvas esterilizadas na manipulação do CVC;
- Realização do penso de CVC de 5/5 dias e SOS com Solução de Clorhexidina 5%.
- Manipulação das conexões para administração de terapêutica após desinfeção com Clorhexidina 5% ou Alcool a 70°.
- Utilização de bata esterilizada na prestação de cuidados diretos ao doente (Alogénico)

9-11-2012



9-11-2012

■ Circulação de Material e Equipamento

- O material é individualizado, quando não for possível é descontaminado;
- A desinfecção do material que entra no quarto é realizada com compressa embebida em Alcool a 70°;

■ Higienização do ambiente

- O material de limpeza é individualizado para cada quarto;
- A limpeza geral do quarto é realizada uma vez por dia.

9-11-2012



9-11-2012

■ Visitas

- Transplante Alogénico: 3 visitas por doente. Apenas 1 entra dentro do quarto, com farda limpa descartável, máscara e após desinfeção higiénica das mãos. Veste a bata esterilizada para estar mais perto do familiar. As outras visitas ficam fora do quarto e falam pelo intercomunicador.
- Existe um cacifo para as visitas guardarem os seus pertences a fim de não entrarem no quarto.
- Transplante Autólogo: 3 visitas com bata descartável, máscara e após higienização das mãos que entram no quarto alternadamente.

9-11-2012

■ Higiene do doente

- Roupa (TMO – T. Alogénico)
 - Toda a roupa é esterilizada, incluindo o pijama do doente, e é fornecida pelo Hospital.
 - É permitida o uso de roupa interior do doente, que é enviada para a Central de Esterilização.
- Roupa (TMO – T. Autólogo)
 - A roupa é limpa, acondicionada e protegida em embalagens.

9-11-2012

■ Higiene do doente

- Higiene Oral
 - Lavagem dos dentes e língua com escova macia e pasta;
 - Desinfecção da cavidade oral com Clorohexidina colutório após as refeições;
 - Aplicação de Nistatina 4x dia
 - Bochechos de Caphosol® 4 x dia (profilático), pode ir até 10x dia em caso de mucosite oral.

9-11-2012

■ Higiene do doente

- Banho
 - O banho é diário, com toalhete descartável.
 - Utilização de solução cutânea anti-séptica de clorohexidina desde a entrada até à saída da aplasia.
 - Nos dias subsequentes, é utilizado sabão líquido hipoalergénico.
 - Após o banho é aplicado creme hidratante corporal hipoalergénico.

9-11-2012

■ Alimentação

- Inicialmente a alimentação era confeccionada em panela de pressão na Cozinha do hospital.
- As panelas eram abertas sobre Fluxo Laminar pelas A. O. equipadas com bata, máscara e touca.
- As A.O. dispunham a alimentação em loiça esterilizada, protegida com um campo esterilizado e levado imediatamente ao doente.

9-11-2012

■ Alimentação

- Atualmente utiliza-se a técnica “Cook Shill” na preparação dos alimentos .
- Os alimentos são cozinhados, colocados em pratos e imediatamente transferidos para uma câmara de arrefecimento rápido, para diminuir o risco de contaminação bacteriana.
- Em seguida são acondicionados numa câmara de conservação com temperatura estabilizada entre 2º a 5ºC.

9-11-2012



9-11-2012

Obrigada pela atenção...

9-11-2012

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Society for Blood and Marrow Transplantation. (2009). Guidelines for Preventing Infectious Complications among Hematopoietic Cell Transplantation Recipients: A Global Perspective. *Biol Blood Marrow Transplant*, 15, 1143- 1238. Obtido de <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/downloads/hemato-cell-transplants-508.pdf>.
- European Group for Blood and Marrow Transplantation. (2008). Infections after Haematopoietic Stem Cell Transplant. In E. G. Transplantation, *Haematopoietic Stem Cell Transplantation* (5ª ed., pp. 198-217). Paris: European School of Haematology.
- Garbin, L., Silveira, R., Braga, F., & Carvalho, E. (2011). Infection Prevention Measures Used in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: Evidences for Practice. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 640-650.

9-11-2012

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Keller, C. (2000). Transplante de Medula Óssea. In S. E. Otto, *Enfermagem em Oncologia* (pp. 677-704). Loures: LUSOCIÊNCIA.
- Nucci, M., & Maiolino, A. (Jul/Set de 2000). Infecções em Transplante de Medula Óssea. *Simpósio: Transplante de Medula Óssea*, 33, 278-293. Obtido em 12 de Outubro de 2012, de Simpoósio: Transplante de Medula Óssea: http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n3/infeccoes_transplante_medula_ossea.pdf.
- Rodrigues, J., & Carius, D. (2004). Transplantação de Progenitores Hematopoiéticas. In F. Regateiro, M. Bilro, A. Assunção, M. Monteiro, & R. Nunes, *Enfermagem Oncológica* (pp. 105-122). Coimbra: Formasau.
- Santos, K., Ribeiro, L., Silva, G., Atalla, A., & Neto, A. (2011). Medidas não medicamentosas para prevenção de infecção no transplante de medula óssea: revisão da literatura. *HU Revista*, 37(2), 239-246.

**APÊNDICE XI - Apreciações do percurso de aquisição/desenvolvimento de
competência**

Apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competência – Estágio I

A Sr. ^a Enf. Vanda Ferreira realizou estágio na Unidade de Transplantação Medular do [REDACTED] no âmbito do 3º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente Oncológica, da ESEL, nos períodos compreendidos entre 1 de Outubro e 30 de Novembro de 2012, com duração de 250 horas, equivalentes a cerca de 32 turnos, sendo que 200 horas foram na [REDACTED] internamento e 50 horas na [REDACTED] hospital de dia.

Logo desde o primeiro momento de estágio, a Enf. Vanda foi recebida e reconhecida pela equipa multidisciplinar da [REDACTED] como uma profissional de enfermagem com conhecimentos teórico-práticos na área da hemato-oncologia e da transplantação medular, desempenhando funções como enfermeira há cerca de 7 anos no serviço de Hematologia e de Transplantação Medular do [REDACTED]. Desde o início, a Enf. Vanda demonstrou facilidade em se adaptar à dinâmica do serviço da [REDACTED] e à equipa multidisciplinar, integrando os seus conhecimentos prévios sobre a área da transplantação medular ao longo do estágio, sempre de uma forma colaborativa com intervenções pertinentes e com a preocupação constante de aprofundar e atualizar esses conhecimentos, recorrendo aos contextos de disponibilização de informação (reuniões clínicas, reuniões de passagem de ocorrências, processos clínico, entre outros).

Como orientadora de estágio, percebi desde o início que esta experiência seria muito rica, perspectivando um crescimento mútuo, pela oportunidade de troca/partilha de experiências entre serviços com a mesma função mas realidades e dinâmicas hospitalares diferentes. De facto esta ideia foi completamente concretizada e a enfermeira Vanda proporcionou-me a mim e à restante equipa momentos de aprendizagem e partilha conjunta.

O projeto de estágio desenvolvido pela Enf. Vanda mostrou-se como uma abordagem de grande interesse para Unidade porque aborda o tema do acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a transplante de medula óssea e à sua família, suportado na Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta teoria foi escolhida pela Enf. Vanda de forma pertinente, adequando-se inteiramente à realidade da prestação de cuidados ao doente hemato-oncológico da UTM e da sua família.

Durante os seus períodos de estágio sensibilizou a equipa para o tema em estudo, contribuindo para a consolidação de uma assistência e acompanhamento ao doente, através

de medidas de conforto especializadas e adequadas à individualidade de cada pessoa e da sua família.

A partilha de informação e a aquisição de conhecimentos acerca do tema do projeto foi realizada de forma interventiva, no cuidado prestado ao doente, nas conversas informais com a equipa multidisciplinar, nas passagens de turno e numa formação em serviço realizada pela Enf. Vanda que teve um ótimo feedback de toda a Equipa de Enfermagem. Estas atividades foram alvo de análise crítica, o que fomentou uma reflexão sobre algumas práticas de enfermagem na [REDACTED], resultando contributos pertinentes fruto do cruzamento entre as práticas existentes e a melhor evidência disponível, favorecendo a consciencialização e a prossecução da prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Com conhecimento dos objetivos do projeto de intervenção desde o início do estágio verifiquei que foram todos atingidos de forma exímia, sendo que a Enf. Vanda revelou uma preocupação constante em acompanhar o percurso da pessoa doente desde que este é proposto para transplante, passando pela sua preparação (consulta pré-transplante em hospital de dia), internamento e alta, identificando em todas as etapas as necessidades de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica submetida a transplante de medula óssea e da sua família. Aquando das intervenções junto do doente/família e no desenvolvimento do seu estudo de caso, existiu sempre uma preocupação com a aquisição de conhecimentos científicos acerca do tema do acompanhamento relacionado com a teoria do conforto, fundamentando-o com bibliografia pertinente e atual.

Em forma de conclusão e decorrente do acima mencionado, considero que o presente estágio foi absolutamente positivo, e a Enf. Vanda desenvolveu competências de uma profissional especializada, somando os pretendidos conhecimentos teórico-práticos que a formam como uma enfermeira de referência no acompanhamento de enfermagem à pessoa submetida a transplante de medula óssea e à sua família.

Avaliação: Muito Bom

Enfermeira orientadora do local de Estágio: [REDACTED]

Novembro, 2012

[REDACTED]

**Apreciação do percurso de aquisição/desenvolvimento de competência –
Estágio II**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA
AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO - Vanda Ferreira

- Concluído o Estágio na [REDACTED], em que se propôs observar e reflectir sobre a problemática do acompanhamento de Enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a transplante de Medula Óssea, considero terem sido atingidos na sua totalidade os objectivos definidos.

- O trabalho a realizar foi apresentado à Equipa Clínica e de Enfermagem, no sentido de promover a sensibilidade e o envolvimento efectivo dos mesmos, em reuniões de formação programadas e entrevistas informais.

- Porque se tratou de facto de um projecto muito desejado pela equipa de Enfermagem, o processo formativo realizado pela Enf. Vanda, contribuiu bastante para o desenvolvimento de competências não só da própria como dos restantes elementos da equipa.

- Sendo um processo de desenvolvimento dinâmico, a realizar num horizonte temporal de médio/longo prazo que não poderá implicar custos acrescidos em recursos humanos, são previstas algumas dificuldades em termos de articulação das diferentes equipas envolvidas, especialmente em alguns períodos mais críticos, existindo compromisso e vontade em ultrapassar estas barreiras.

- A Enfermeira Vanda seguiu uma metodologia adequada de trabalho de projecto.

Através de uma metodologia bem planeada, participativa em que envolveu a equipa, cumpriu os prazos previstos para as diferentes actividades/acções.

Assim, identificou através dos diferentes instrumentos utilizados, esta necessidade manifestada e sentida pela própria, equipa, doente e família, ao longo da sua prática de cuidados.

Depois procurou envolver elementos de referência para que todos colaborassem no atingir do objectivo em reuniões informais.

Posteriormente através de reuniões de formação programadas, "tocou" os restantes elementos da equipa, procurando implicar todos no projecto e desenvolver neles novas competências, obtendo também dos colegas outras propostas e sugestões.

- Considero que a Enf. Vanda tem demonstrado muita capacidade e empenho para potencializar nela própria e no grupo, o desenvolvimento das competências técnicas, cognitivas e relacionais indispensáveis à concretização deste projecto.

Assinatura : [REDACTED]

[REDACTED]