

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE
CURSO ENFERMAGEM**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM APLICADOS AO PACIENTE
SUBMETIDO AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ANÁLISE DA
PRODUÇÃO CIENTÍFICA**

ANGELITA NOELMA NEVES SARAIVA

NATAL/RN

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

ANGELITA NOELMA NEVES SARAIVA

ANGELITA NOELMA NEVES SARAIVA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM APLICADOS AO PACIENTE SUBMETIDO
AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ANÁLISE DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICADIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM APLICADOS AO PACIENTE SUBMETIDO AO
TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito para conclusão do curso.

Aprovado em: _____

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) como requisito para conclusão do curso.

Orientadora: Profª. Msc. Patrícia Fonseca

NATAL/RN

2009

FOLHA DE APROVAÇÃO**ANGELITA NOELMA NEVES SARAIVA****DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM APLICADOS AO PACIENTE SUBMETIDO
AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: ANÁLISE DA PRODUÇÃO
CIENTÍFICA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio grande do Norte (FARN), como requisito para conclusão do curso.

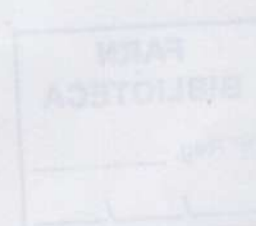
Aprovada em: _____, _____, _____.

Profª. Msc. Patrícia Fonseca

Orientadora

Banca Examinadora (Avaliador 1.º)

Banca Examinadora (Avaliador 2.º)



AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi construído com o apoio de várias pessoas e instituições. Por isso, venho agradecer a todos com as mais sinceras palavras, esperando ter atingido os fins pretendidos neste trabalho de curso e atendido as expectativas de todos que contribuíram para sua construção.

A Deus, meu Deus, que por todos os momentos da minha vida esteve presente, guiando-me com Sua luz divina, meus mais sinceros agradecimentos.

A minha Mãe Lindalva e ao meu Pai Gilberto, exemplos de dedicação e persistência em minha vida. Ao meu irmão João Gilberto, companheiro de todos os momentos, sem suas dicas construtivas não teria sido possível.

Obrigado a todos meus amigos que direta e indiretamente contribuíram para que este trabalho fosse realizado. Um agradecimento especial a Pai Vê que me incentivou desde cedo para que eu fosse aonde eu queria e não desistisse de nada.

Aos meus amigos que junto comigo passaram na busca do conhecimento.
Um grande obrigado especial aos meus amigos de sala de aula, que durante quatro anos me fizeram presentes em todos os momentos da minha vida. Adilson, Larissa, João, Rêve, Vinícius, entre outros, vocês são meus amigos e minha vida é melhor.

Um agradecimento especial à minha supervisora Patrícia Fontes, pela orientação e incentivo em perceber os erros e acertos de meu trabalho, fazendo-o sempre melhor. Sua paciência e dedicação sempre estampada no rosto fazem com que eu não desista de fazer o melhor trabalho possível.

Agradeço a todos os meus professores, pelos ensinamentos e desafios profissionais e acadêmicos que me deram.

A Faculdade Nacional para o Desenvolvimento Humano e Social, por proporcionar a todos os alunos a oportunidade de aprender e crescer. Aos meus professores, Diretores, Professores e Funcionários, que me deram a oportunidade de aprender e crescer. Aos meus amigos, que me deram a oportunidade de aprender e crescer. Aos meus familiares, que me deram a oportunidade de aprender e crescer.

**A Mainha, Painho e João Gilberto,
que caminhando comigo,
compartilham dos meus sonhos e
das minhas conquistas. São com
eles e por eles, que todos os
momentos da minha vida valem à
pena ser vividos.**

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi construído com o apoio de várias pessoas e instituições. Por isso, venho agradecer a todos com as mais sinceras palavras, esperando ter atingido os fins pretendidos neste empenho conjunto e atendidos as expectativas de todos que contribuíram para sua construção.

Ao Senhor meu Deus, que em todos os momentos de minha vida esteve presente, guiando-me com Sua luz divina, meu mais sublime agradecimento.

A minha Mãe Lindalva e ao meu Pai Gilberto, exemplos de dedicação e persistência em minha vida. Ao meu irmão João Gilberto, companheiro de todas as horas, sem suas críticas construtivas nada disso seria possível.

Obrigado a toda minha família que direta e indiretamente contribuíram para que este sonho torna-se real. Um agradecimento especial a Pai Vô que na passagem dessa vida para outra me mostrou o verdadeiro sentido do cuidar.

Aos meus amigos, que junto comigo persistem na busca do conhecimento.

Uma gratidão especial as minhas amiga de sala de aula, que durante quatro anos se fizeram presentes em todos os momentos de minha vida. Adélian, Larissa, Joice, Kézia, Vannessa; essa vitória é nossa.

Um agradecimento especial a minha orientadora Patrícia Fonseca, pela competência e eficiência em perceber os erros e acertos deste trabalho, fazendo-o sempre melhor. Sua paciência e sorriso sempre estampado no rosto foram essenciais para a construção desse trabalho.

Agradeço a todos os meus professores, pelos ensinamentos ministrados e pelo estímulo aos desafios profissionais e acadêmicos que deles recebi.

A Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, particularmente nas pessoas de seus Diretores, Professores e Funcionários, pela presteza e suporte que me ofereceram para realização e conclusão desta oportunidade impar e valiosa que é a produção de conhecimento.

RESUMO

O setor de Transplante de Medula óssea possibilita ao enfermeiro autonomia e tomada de decisões acerca dos cuidados de enfermagem necessários ao paciente e sua família; é também um espaço no qual a atividade que o enfermeiro realiza é uma especialidade e em desenvolvimento crescente. Assim como o conhecimento a cerca dos cuidados a pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (TMO), o conhecimento sobre diagnósticos de enfermagem é recente em nosso meio. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva de abordagem qualitativa. A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de artigos publicados em periódicos de enfermagem, acerca da temática. De acordo com Pimentel (2003) este tipo de pesquisa tem como base a análise do material, através da organização e interpretação no atendimento ao objetivo da investigação. Foram consultados periódicos de enfermagem indexados na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde), e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), também foram consultados periódicos disponíveis na BDENF (Base de dados de Enfermagem). A fase de coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2009. Os descritores utilizados na pesquisa foram: diagnóstico de enfermagem transplante de medula óssea e transplante de células hematopoiéticas. Em princípio a seleção dos artigos se deu após a leitura analítica dos resumos, foram encontrados 15 artigos. Após a identificação dos artigos foram realizadas leituras flutuantes dos textos, pois este momento consistiu em buscar conteúdos acerca dos diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea. De acordo com os artigos analisados foram selecionados os diagnósticos de enfermagem que abordavam as necessidades do paciente no pré, trans e pós transplante de medula óssea. Além da definição do diagnóstico de enfermagem, também foi relatado às características definidoras desses diagnósticos e as prescrições de enfermagem pertinentes. Os diagnósticos abaixo selecionados foram baseados na bibliografia de Carpenito (2006). Dor aguda pela etiologia trauma tissular. Alteração na nutrição: menos que o corpo necessita. Risco para infecção por procedimento invasivo. Excesso no volume de líquidos por infusão excessiva de líquidos. Alteração na eliminação urinária. Constipação por etiologia efeito de medicação. Hipertermia por processo infeccioso. Ansiedade. Alteração da mucosa oral. A partir do estudo realizado identificamos os diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea; de acordo com a análise da produção científica sobre o tema. Após a identificação desses diagnósticos, foi feita a descrição relevando sua definição, características definidoras e prescrições de enfermagem. O estudo mostrou a importância de uma assistência organizada,

baseada em fatores científicos; que assegurem um atendimento de enfermagem eficaz ao paciente que se submete ao transplante. Foi observada também a importância do enfermeiro conhecer como é realizado o Processo de Enfermagem, sabendo aplicar todas suas etapas na íntegra. Sendo identificados corretamente os diagnósticos de enfermagem, a assistência será baseada em evidências. Verificou-se uma escassez de material em relação à sistematização da assistência de enfermagem no serviço de transplante de medula óssea.

Palavras chaves: Transplante de medula óssea; Diagnóstico de Enfermagem, Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

The sector of bone marrow transplantation allows nurses autonomy and decision-making about nursing care required for patients and their families, it is also an area in which the activity that the nurse performs a specialty is developing and growing. As knowledge about the care of patients undergoing bone marrow transplantation (BMT), knowledge of nursing diagnosis is recent in Brazil. This is a literature, descriptive qualitative approach. The literature review was performed from articles published in nursing journals about the theme. According to Pimentel (2003) this type of research is based on the analysis of the material through the organization and interpretation service to the goal of research. They were referred nursing journals indexed in LILACS (Latin American and Caribbean Center on Health), and MEDLINE (International Literature on Health Sciences), were also found in indexed for journals available (Database of Nursing). The phase of data collection occurred from April to July 2009. The descriptors used in the study were: diagnosis of bone marrow transplantation and hematopoietic cell transplantation. In principle the selection of articles began after the analytical reading of the abstracts, 15 articles were found. After identification of the items were taken fluctuating readings of the texts, because this time was to search for content on the nursing diagnoses applied to patients submitted to bone marrow transplantation. According to the articles analyzed were selected nursing diagnoses that addressed the needs of the patient before, during and after bone marrow transplantation. Besides the definition of nursing diagnosis, was also reported to the defining characteristics of these diagnoses and prescriptions nursing relevant. The following diagnoses were selected based on literature by Carpenito (2006). Acute pain etiology for tissue trauma. Altered nutrition: less than body requirements. Risk for infection by invasive procedure. Excess fluid volume by infusion of excessive liquid. Change in urine output. Constipation etiology of effect of medication. Hyperthermia by an infectious process. Anxiety. Amendment of the oral mucosa. From the study identified the nursing diagnoses applied to patients submitted to bone marrow transplantation, according to the analysis of scientific literature on the subject. After identification of these diagnoses was made the description emphasizing its definition, defining characteristics and requirements of nursing. The study showed the importance of an organized care, based on scientific factors, to ensure an effective nursing care to patients undergoing transplantation. There was also the importance of the nurse know how it's performed the Nursing Process, knowing how to apply all its stages in its entirety. As correctly identified the nursing diagnoses, the assistance will be based on evidence. There was a shortage of material

in relation to the systematization of nursing care in the service of bone marrow transplantation.

INTRODUÇÃO 11

Keywords: Bone Marrow Transplantation, Nursing Diagnosis, Nursing Care. 12

1.1 Objetivo Geral 13

1.2 Objetivos Específicos 13

2 REFERENCIAL TEÓRICO 13

2.1 Transplante de Células Tronco Hematopoéticas 14

2.2 O Paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea 16

2.3 O Papel do Enfermeiro no Transplante de Medula Óssea 19

2.4 Processo de Enfermagem 20

2.4.1 Histórico de Enfermagem 22

2.4.2 Diagnóstico de Enfermagem 23

2.4.2.1 Processo de Raciocínio Diagnóstico 25

2.4.3 Planejamento da Assistência 26

2.4.4 Implementação da Assistência 27

2.4.5 Avaliação da Assistência 28

3 METODOLOGIA 31

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 32

4.1 Alteração na Eliminação Urinária 33

4.2 Ansiedade no Sistema Oral 35

4.3 Alteração na Nutrição Relacionada ao Tratamento 36

4.4 Ansiedade 36

4.5 Constipação 36

4.6 Distúrbio do Padrão do Sono 37

4.7 Dor Aguda pela etiologia de Trauma Hematológico 38

4.8 Aumento no Volume de Líquidos por Intake Excessiva de Líquidos 38

4.9 Aumento por Processo Infeccioso 39

4.10 Risco para Infecção por Procedimento Invasivo 39

5 CONCLUSÃO 40

6 REFERÊNCIAS 42

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	OBJETIVOS	13
1.1	Objetivo Geral	13
1.2	Objetivos Específicos	13
2	REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1	Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas	14
2.2	O Paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea	16
2.3	O Papel do Enfermeiro no Transplante de Medula Óssea	19
2.4	Processo de Enfermagem	20
2.4.1	Histórico de Enfermagem	22
2.4.2	Diagnóstico de Enfermagem	23
2.4.2.1	Processo de Raciocínio Diagnóstico	25
2.4.3	Planejamento da Assistência	26
2.4.4	Implementação da Assistência	27
2.4.5	Avaliação da Assistência	30
3	METODOLOGIA	31
4	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	34
4.1	Alteração na Eliminação Urinária	34
4.2	Alteração na Mucosa Oral	35
4.3	Alteração na Nutrição: Menos que o corpo necessita	35
4.4	Ansiedade	36
4.5	Constipação	36
4.6	Distúrbio do Padrão de Sono	37
4.7	Dor Aguda pela etiologia de Trauma Tissular	38
4.8	Excesso no Volume de Líquidos por Infusão Excessiva de Líquidos	38
4.9	Hipertermia por Processo Infeccioso	39
4.10	Risco para Infecção por Procedimento Invasivo	39
5	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	42

INTRODUÇÃO

Um dos seguimentos dos serviços de saúde em que os profissionais de enfermagem podem desenvolver suas atividades é o ambiente hospitalar. O cuidado é a base de ação desse profissional e suas atividades são exercidas em prol dos pacientes aos quais estão vinculados, desenvolvendo atividades de assistência e que visam o atendimento de suas necessidades (LACERDA, LIMA, BARBOSA, 2007).

Existem diversos serviços que são destinados a atender as especialidades médicas. Um serviço diferenciado e no qual o profissional enfermeiro atua é o Serviço de Transplante de células tronco hematopoiéticas. Este setor possibilita ao enfermeiro autonomia e tomada de decisões acerca dos cuidados de enfermagem necessários ao paciente e sua família; é também um espaço no qual a atividade que o enfermeiro realiza é uma especialidade e em desenvolvimento crescente (LACERDA, LIMA, BARBOSA, 2007).

Assim como o conhecimento a cerca dos cuidados a pacientes submetidos ao transplante de medula óssea (TMO), o conhecimento sobre diagnósticos de enfermagem é recente em nosso meio.

De acordo com Foschiera e Vieira (2004) enquanto instrumento de trabalho, o diagnóstico de enfermagem proporciona ao enfermeiro um plano de ação, que se aproxima de seu objetivo de trabalho, através de ações anteriormente refletidas, embasado nos problemas detectados no paciente e, portanto, a produtividade espelha a sensível melhora no processo de trabalho através da qualidade das ações.

É através dessa etapa que se torna possível a conclusão do levantamento de dados envolvendo raciocínio e julgamento e é nesse sentido que o diagnóstico de enfermagem se torna imprescindível para descrever a relação de ajuda na prática clínica (FOSCHIERA e VIERA, 2004).

De acordo com Campos (2003) o histórico do transplante de medula óssea tem vários aspectos peculiares, desde os estudos iniciais até o reconhecimento em 1990 com o Prêmio Nobel de Medicina ofertado ao Dr E. Donnall Thomas. A medula óssea foi inicialmente utilizada em 191 pelo Dr Chalés Eduard Brown-Sequard numa preparação oral para tratamento de leucemia. Em 1899 tentou-se injetar intramedularmente a medula para tratamento de anemia aplástica. Mas a técnica foi refutada por outros profissionais que correlacionaram os resultados ao conteúdo de mineral e ferro do material. Em 1937 foram administradas injeções intramusculares de medula óssea alogênica e autóloga a pacientes

portadores de infecções; aí houve um pequeno sucesso. (INCA, 2008).

Ainda de acordo com o autor Campos (2003) a primeira utilização intravenosa da medula óssea foi realizada em 1939, apesar de ter sido desconsiderada por muitos anos. Já em 1944, um pesquisador injetou medula óssea alogênica dentro da cavidade medular e concluiu que os pobres resultados eram decorrentes do fato de células atingirem a grande circulação. No ano de 1951, foi demonstrado que camundongos poderiam recuperar da irradiação letal se áreas dos fêmures e baço fossem protegidas com chumbo. Posteriormente, em 1952, foi apresentada a recuperação hematopoética após infusão de medula em camundongos irradiados.

Segundo Tabak (2006) após a Segunda Guerra Mundial, estimulou-se os estudos com a medula óssea aplicando radioproteção em animais irradiados. Estes estudos foram desencadeados após a observação dos efeitos sobre a hematopoese com as bombas atômicas sobre Hiroshima e Nagasaki. A idéia do transplante de medula óssea foi rapidamente transportada para a clínica para a proteção contra os efeitos mieloablativos da quimio e da radioterapia e correção de falências medulares.

Os problemas foram grandes no início do transplante. No campo dos autólogos os desafios eram com a criopreservação da medula e nos alogênicos os problemas imunológicos com a rejeição. Em 1961 foi padronizada a cultura mista de linfócitos e somente com a caracterização dos HLA, o transplante alogênico ganhou maior impulso (TABAK, 2006).

Segundo Ortega (2004) o Dr George Mathé foi o pioneiro no desenvolvimento do transplante de medula clínico. No Brasil, os estudos iniciais foram realizados por Dr Ricardo Pasquini e seu grupo no Paraná. Este grupo foi pioneiro no Brasil e em 1979 realizou o primeiro transplante no Brasil junto com o Dr Eurípedes Ferreira.

Os estudos sobre a realização do Transplante de Medula Óssea foram iniciados em cobaias (ratos) e mais tarde em cães. Quanto a seres humanos, as primeiras infusões de células da medula óssea ocorreram em 1957, enquanto o primeiro bem sucedido só ocorreu em 1968. Já no Brasil, o Hospital das Clínicas na Universidade do Paraná foi o primeiro nesse procedimento, tendo ocorrido o primeiro em 1979, tendo sido difundido essa prática noutros centros hospitalares do país (DORO, 2003).

O transplante de medula óssea é indicado em patologias malignas ou não, modificando significativamente o prognóstico de pacientes portadores de doenças, que, até alguns anos atrás, eram fatais (SMELTZER e BARE, 2005).

O número de novos casos de leucemias estimados para o Brasil no ano de 2008 é de 5.220 entre os homens e de 4.320 entre as mulheres. No Rio Grande do Norte essa estimativa

é de 100 casos entre os homens e 70 casos entre as mulheres (INCA, 2008).

Segundo Ortega (2004) como a enfermagem vem conquistando, a cada dia espaços na assistência ao paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea, isso exige do enfermeiro conhecimentos específicos aprofundados ao desempenhar suas funções, bem como sistematizar a assistência, levando em consideração a gravidade do comprometimento orgânico do paciente transplantado e o caráter físico e instável de suas condições físicas e emocionais.

1 OBJETIVOS

1.1 Objetivo Geral

Identificar os diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea; levando em consideração a produção científica sobre o tema.

1.2 Objetivos Específicos

Investigar a produção científica sobre diagnóstico de enfermagem e transplante de medula óssea.

Apontar os diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.

Descrever os diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para compreender quais são os diagnósticos aplicados ao paciente que se submete a um transplante de medula óssea, precisamos compreender como ocorre o transplante de células troncos hematopoiéticas, o que ocorre com o paciente que se submete a esse tipo de transplante, o papel do enfermeiro nessa técnica e principalmente como se desenvolve o processo de enfermagem.

2.1 Transplante de células-tronco hematopoiéticas

A medula óssea é o local da hematopoiese ou formação de célula sanguínea. Em uma criança, todos os ossos do esqueleto estão envolvidos, porém, a medida que a criança envelhece, a atividade medular diminui. Na vida adulta, a atividade medular está usualmente limitada à pelve, costelas, vértebras e esterno (SMELTZER e BARE, 2005).

Na medula óssea são geradas todas as células sanguíneas circulantes no adulto, incluindo os linfócitos imaturos, sendo o local em que as células B se desenvolvem. Durante o desenvolvimento fetal, a geração de todas as células sanguíneas, ocorre inicialmente em ilhotas sanguíneas de saco vitelino e do mesênquima para aórtico e depois no fígado e no baço. Essa função é assumida de forma gradual pela medula óssea, principalmente dos ossos chatos, de forma que, ao atingir a puberdade, a hematopoiese ocorre principalmente no esterno, nas vértebras, nos ilíacos e nas costelas. A medula vermelha desses ossos consiste em uma estrutura reticular esponjosa localizada entre longas trabéculas (ABBAS e LICHTMAN, 2005)

Smeltzer e Bare (2005) ressalva que a medula é altamente vascularizada. Dentro dela estão as células primitivas chamadas de células-tronco. As células-tronco possuem a capacidade de se auto-replicar, assegurando, assim, um suprimento sanguíneo de células-tronco durante todo o ciclo da vida.

Ainda de acordo com as autoras Smeltzer e Bare (2005) quando estimuladas para essa atividade, as células-tronco podem iniciar um processo de diferenciação, quer em células tronco mielóides, quer em linfóides. Essas células-tronco estão comprometidas com a produção de tipos específicos de células sanguíneas. As linfóides produzem linfócitos T e B. As mielóides diferenciam-se em três tipos celulares amplos: eritrócitos, leucócitos e plaquetas. Um defeito na célula-tronco mielóide pode provocar problemas não somente com a produção de leucócitos, mas também com a produção de eritrócitos e plaquetas.

O transplante de medula óssea (TMO) tem se desenvolvido nas últimas três décadas como um importante método de tratamento para doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas, sendo empregada desde o final dos anos 60 para condições benignas crônicas, tais como anemia falciforme e doenças malignas, hereditárias, leucemias, linfoma e síndromes mielodisplásicas (ORTEGA et al., 2004).

De acordo com Lacerda, Lima e Barbosa (2007) o TMO consiste em uma modalidade terapêutica que está modificando significativamente o prognóstico de pacientes portadores de doenças que até alguns anos atrás eram consideradas fatais, e constitui-se em uma alternativa eficaz quando os tratamentos convencionais não oferecem bom prognóstico. É considerado

um procedimento longo, agressivo e de alto custo financeiro, acarreta severos efeitos colaterais, além de outras complicações e fatores de tensão físico e psicológicos vivenciados pelo paciente e família.

O TMO segundo Pasquini e Ferreira (1985), é um procedimento terapêutico que consiste na infusão intravenosa, de sangue da medula óssea obtido de um doador, previamente selecionado, em um receptor adequadamente condicionado. A sua finalidade é reconstruir o órgão hematopoiético enfermo, devido a sua destruição, como nos casos de aplasia, ou devido à proliferação celular neoplásica, como nos casos de leucemia. Além dessas enfermidades, outras também tem sido objetivo dessa modalidade de tratamento.

O transplante de medula óssea é o transplante de células tronco hematopoiéticas pluripotentes, mais comumente em um inóculo de células da medula óssea coletadas por aspiração. Células tronco hematopoiéticas também podem ser purificadas a partir do sangue de doadores, especialmente após o tratamento com fatores estimuladores de colônias, que mobilizam células-tronco a partir da medula óssea. Após o transplante, as células-tronco repovoam a medula óssea com sua progênie em diferenciação (ABBAS e LICHTMAN, 2005).

Ortega et al. (2004) ressalva que muitas doenças podem ser tratadas pelo transplante em suas várias modalidades: alogênico, nos casos de doadores que podem ser aparentados com antígeno de histocompatibilidade humano (HLA) – (geralmente irmão); doador não aparentado HLA – (de programas de doadores voluntários; singênico quando o transplante ocorre entre gêmeos idênticos; autogênicos quando o doador é próprio receptor; sangue de cordão umbilical, quando as células progenitoras do sangue são coletadas diretamente do cordão umbilical e da placenta, após o parto; medula óssea coletada do interior de grandes ossos (geralmente crista ílfaca) e células tronco do sangue periférico.

Segundo Abbas e Lichtman (2005) clinicamente o transplante de medula óssea pode ser usado para tratar defeitos adquiridos apresentados pelo sistema hematopoiéticos ou pelo sistema imune, uma vez que ambos os tipos celulares se desenvolvem a partir de uma célula indiferenciada comum. Foi também proposto como um meio de corrigir deficiências hereditárias ou anormalidades de enzimas ou de outras proteínas (p. ex., hemoglobinas anormais), pelo fornecimento de uma fonte auto-renovável de enzimas.

Ainda segundo os autores Abbas e Lichtman (2005) o transplante alogênico de medula óssea pode ser usado como parte do tratamento de doenças malignas da medula óssea (p. ex., leucemias) e tumores sólidos disseminados. Neste caso, os agentes quimioterápicos necessários para destruir as células cancerígenas destroem também os elementos medulares normais, e o transplante de medula óssea é usado para “resgatar” o paciente dos efeitos

colaterais da quimioterapia.

O transplante de medula óssea não é um procedimento cirúrgico, mas uma infusão indolor, semelhante a uma transfusão de sangue que substitui a medula doente do receptor por uma medula saudável, tendo como objetivo a cura de várias doenças hematológicas (CAMPOS et al., 2003).

De acordo com Silva (2002) o procedimento pode ser, de forma geral dividido em três momentos distintos: regime preparatório ou de condicionamento, quando o cliente é submetido a um protocolo de quimioterapia em altas doses e/ou radioterápicos; infusão da medula óssea; imunossupressão por ação da quimioterapia e suporte clínico das complicações pós - TMO.

Segundo Tabak (2006) o número de pacientes que sobrevivem após o TMO aumenta rapidamente a cada dia. Mais de 40.000 transplantes são realizados anualmente em todo mundo. Embora 62% dos pacientes sobrevivam o primeiro ano pós transplante. Ainda que o transplante esteja associado a uma morbidade precoce significativa, grande número de pacientes sobrevivem por anos após o transplante apresenta boa saúde, sendo a detecção precoce das complicações um tributo significativo para esta conquista.

Riul e Aguillar (1997) relatam que para a realização do TMO são necessários recursos humanos especializados, ou seja, equipe multiprofissional: imunologista, oncologista, radiologista, epidemiologista, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, odontólogo, assistente social, agente administrativo e outros.

2.2 O paciente submetido ao Transplante de Medula Óssea

Os pacientes submetidos ao TMO em sua maioria são crianças e jovens, mas o tratamento também pode estender-se da infância até a vida adulta. Dessa forma é recomendável ao enfermeiro de TMO a habilidade de cuidar de crianças, adolescentes e adultos (LACERDA, LIMA e BARBOSA, 2007).

Segundo Silva (2002) em alguns casos, o paciente candidato ao TMO está com a doença sob controle, mas mesmo assim opta pelo transplante. Pela possibilidade de cura, os clientes vêem nesse procedimento a oportunidade de não se submeterem a outros transplantes e ficarem livres da doença. Para outros, o transplante é a única ou a última opção de tratamento.

O paciente concorrente ao transplante é submetido a várias avaliações para verificar suas condições físicas, clínicas, sociais e psicológicas que fornecerão subsídios para sua

inclusão ou exclusão do programa (SILVA, 2002).

De acordo com Silva (2002) o primeiro contato do enfermeiro com o paciente ocorre no ambulatório, quando este é encaminhado com indicação para o transplante. Com a inclusão do cliente no programa, é iniciado o protocolo de preparo que inclui as orientações de admissão na unidade, seguindo-se a internação para o transplante propriamente dito. Após a recuperação hematopoética, ocorre à alta hospitalar planejada, e a continuação do tratamento será realizada no ambulatório.

A admissão do paciente que será submetido ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) no serviço é precedida de entrevista, exame físico e uma exposição completa de todo o procedimento, riscos, complicações e possíveis resultados, assim como a avaliação dos dados atuais da doença. Essa entrevista é realizada pelo médico e enfermeiro do ambulatório de TCTH (LACERDA, LIMA e BARBOSA, 2007).

Os autores Lacerda, Lima e Barbosa (2007) também relatam que a entrevista pelo enfermeiro na unidade TCTH complementa o processo de preparação dos pacientes e doadores, proporcionando um vínculo na relação enfermeiro/paciente, minimizando o impacto da internação, fortalecendo os pacientes para o enfrentamento de uma nova realidade e os efeitos adversos relacionados ao processo.

Segundo Ortega et al. (2004) o transplante é um tratamento no qual o paciente necessita de uma hospitalização longa, que interfere em seus hábitos de vida, auto-imagem e auto-estima. O transplante implica em riscos severos para integridade física do paciente, comprometendo seu senso de autonomia e controle pessoal. A iminência da morte é uma ameaça onipresente que afeta também a família.

Nesse período difícil para o paciente e familiar, o enfermeiro mantém o paciente orientado e integrado as rotinas diárias, para que ele perceba a importância e necessidade dos cuidados. É fundamental que o paciente compreenda o processo do cuidado, para que possa identificar sinais e sintomas da doença, maneiras de minimizar riscos, formas de prevenir complicações e medidas de promoção da saúde, especialmente no caso de pacientes que apresentam doenças hematológicas (LACERDA, LIMA e BARBOSA, 2007).

De acordo com Ortega (2004) os familiares também são orientados quanto às rotinas da unidade e procedimentos que devem ser realizados durante o tratamento. É fundamental que tudo se esclareça antes mesmo que o familiar comece a exercer o papel do acompanhante, dado o alto nível de exigência e sobrecarga afetiva que essa função exige, além de esclarecer concepções errôneas sobre o transplante.

O início do tratamento, geralmente a família e o paciente chegam à unidade de TCTH

cheios de esperança de cura e otimismo. Porém, quando o quadro clínico do paciente piora, ocorrem situações de ansiedade, insatisfação e indignação. Mesmo assim, é extremamente importante a presença acolhedora e a postura profissional do enfermeiro (ORTEGA et al., 2004).

A hospitalização inclui modificações de hábitos alimentares, higiene, ambiente e convívio social, e possui como um dos objetivos evitar ao máximo possíveis infecções. Durante esse período o paciente recebe visitas limitadas e passa a maior parte do tempo com a equipe de enfermagem (LACERDA, LIMA e BARBOSA, 2007).

De acordo com Campos et al. (2003) outro fator de modificação na rotina é a situação do isolamento em que o paciente permanece enquanto realiza o tratamento, uma vez que é necessária a supressão do sistema imunológico no sentido de prevenir uma rejeição indesejada. Esta fase de imunossupressão pode tornar o paciente susceptível a infecções, sendo necessário mantê-lo isolado dos demais pacientes em quarto individual.

São fatores estressantes de isolamento para o paciente, a perda do controle da situação, ausência de contato físico, alteração do sono, cuidados intensivos e restrição de atividades, que podem levar o paciente a estados regressivos, depressivos ou excessiva exigência sobre a família e enfermagem. O isolamento tende a afastar o paciente de seus hábitos rotineiros, de sua família e de seu mundo (RIUL, 1997).

Segundo Lacerda, Lima e Barbosa (2007) durante o tratamento hospitalar o paciente recebe altas doses de quimioterapia imunossupressora e pode apresentar reações adversas, complicações e óbito. O enfermeiro desempenha um papel fundamental nessa fase do transplante, administrando essas drogas e controlando seus efeitos colaterais.

Alguns pacientes necessitam de radioterapia associado ao tratamento, que apesar de indolor e invisível, também é uma fonte de medo e ansiedade para o paciente, que pode intensificar os sintomas. O preparo e acompanhamento do paciente à radioterapia são realizados por enfermeiros treinados para esse procedimento, que requer cuidados com a pele do paciente, transporte e monitoramento das funções vitais durante irradiação corporal (LACERDA, LIMA e BARBOSA, 2007).

De acordo com Tabak (2006) a alta hospitalar ocorre aproximadamente depois de quatro a seis semanas após a infusão das células, período da “pega da medula”, porém a recuperação total da medula é lenta, podendo levar de seis a doze meses. Complicações pós-transplantes são freqüentes nos anos posteriores ao tratamento inicial. O acompanhamento rigoroso permite que muitas dessas alterações sejam detectadas precocemente e cuidadas de forma adequada.

2.3 O papel do enfermeiro no Transplante de Medula Óssea

Membro essencial da equipe multidisciplinar, o enfermeiro trabalha junto com os demais profissionais, reunindo experiências e conhecimento para o benefício dos pacientes e familiares (LACERDA, LIMA, BARBOSA, 2007 apud RIUL). Segundo Silva (2001) o papel do enfermeiro no transplante de medula óssea precisa ser mais discutido e divulgado, visto ser tão abrangente sua área de atuação.

Segundo Lacerda, Lima e Barbosa (2007) os enfermeiros são profissionais aptos a realizar cuidados técnicos e de caráter crítico, assim como atender complicações específicas em transplantes de células-tronco hematopoiéticas. Estas complicações podem ser eletrolíticas, nutricionais, infecciosas, medicamentosas, doença do enxerto contra hospedeiro (DECH), transfusão sanguínea, aplasia, falência de órgãos e outras. Nesse contexto, os enfermeiros também necessitam serem especializados no manuseio de cateteres, cuidados com mucosite, pele, infusão de medicamentos e métodos de isolamento.

A resolução do COFEN-200/1997 dispõe que as competências do enfermeiro em transplante de células-tronco hematopoiéticas são:

- a) Executar procedimentos técnicos específicos relacionados à aspiração e infusão de células da medula óssea, cordão umbilical e precursores hematopoiéticos de sangue periférico.
- b) Desenvolver e participar de pesquisas relacionadas com transplantes de medula óssea.
- c) Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem na assistência ao paciente submetido a transplante de medula óssea, em níveis hospitalar, ambulatorial e domiciliar.
- d) Realizar consulta de Enfermagem, objetivando integrar doador e receptor no contexto hospitalar, identificando prováveis complicações.
- e) Participar da definição da política de recursos humanos, de aquisição de materiais, da disposição da área física, necessários à assistência de Enfermagem ao paciente submetido a transplante de medula óssea.
- f) Promover a educação e a orientação de pacientes submetidos a transplante de medula óssea e de seus familiares.
- g) Acompanhar os procedimentos específicos (exames diagnósticos) realizados pela equipe multiprofissional, voltados para a assistência ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.
- h) Planejar e implementar ações que visem a redução de riscos e potencialização dos

resultados em transplante de medula óssea.

- i) Participar da elaboração de programas de estágio, treinamento e desenvolvimento dos enfermeiros.
- j) Cumprir e fazer cumprir as normas, regulamentos e legislações vigentes.
- k) Registrar informações e dados estatísticos pertinentes à assistência de enfermagem ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.
- l) Orientar e executar procedimentos técnicos específicos, para o doador de medula óssea.
- m) Manejar e monitorizar equipamentos de alto grau de complexidade.
- n) Proporcionar condições para o aprimoramento dos profissionais atuantes na área, através de cursos, reciclagens e estágios em instituições afins.
- o) Estabelecer relações técnico - científicas com as unidades afins.
- p) Elaborar a prescrição de enfermagem necessária para as diversas etapas do processo de transplante de medula óssea.
- q) Participar da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao doador, receptor e familiares.

2.4 Processo de Enfermagem

De acordo com Foschiera e Viera (2004) a enfermagem brasileira tal qual a mundial, inicialmente era praticada por freiras que prestavam assistência por caridade aos doentes e miseráveis nas santas casas, portanto, neste período os cuidados prestados aos pacientes eram de cunho religioso, não tendo assim nenhum embasamento científico, mas apenas empírico. A assistência era realizada sem o uso de uma metodologia de trabalho para orientar suas ações, conforme as necessidades surgiam as decisões eram tomadas.

Ao longo dos anos a enfermagem vem se desenvolvendo, e para isto, passando por várias fases desde os tempos das civilizações mais antigas, onde as pessoas que prestavam cuidados aos doentes faziam apenas por caridade. A partir do século XIX Florence Nighingale traz um novo enfoque para enfermagem e o seu desenvolvimento científico. No Brasil Wanda de Aguiar Horta foi um importante marco no sentido de propor uma assistência de enfermagem sistematizada. Porém, desde o início, algumas dificuldades foram encontradas como o desconhecimento dos sintomas, das necessidades básicas alteradas e da nomenclatura destas necessidades, dentre outros motivos (FOSCHIERA e VIERA, 2004)

Nos dias atuais encontra-se a enfermagem acompanhando o progresso nas áreas de atendimento à saúde. Na tentativa de mudar os métodos empíricos e casuais de atuação, tem perscrutado no campo tecnológico e científico em busca de conhecimentos próprios

(DANIEL, 2004).

A bibliografia atual salienta a enfermagem como um “Processo” ou “Sistema” no qual se utilizam métodos, normas e procedimentos específicos, organizados e fundamentados em uma filosofia, visando conhecer e atender às necessidades básicas afetadas da pessoa humana (DANIEL, 2004).

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta foi um importante marco no sentido de propor uma assistência de enfermagem sistematizada. Porém, desde o início, algumas dificuldades foram encontradas como o desconhecimento dos sintomas, nas necessidades básicas alteradas e da nomenclatura destas necessidades, dentre outros motivos (FOSCHIERA, VIERA, 2004).

Segundo Horta (1979) o processo de enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismos de suas fases ou passos. O processo por ter origem nas práticas de enfermagem, possui fases interdependentes e complementares e quando realizadas concomitantemente resultam em intervenções satisfatórias para o paciente. Estas fases compreendem o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, a prescrição de enfermagem, a evolução e o prognóstico.

Entretanto, em função dos inúmeros referenciais teóricos que foram sendo desenvolvidos, a aplicação do processo de enfermagem foi adquirindo características específicas dos modelos conceituais ou das teorias (NÓBREGA e SILVA, 2008).

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) e Alfaro-Lefevre (2000) referem que o processo de enfermagem apresenta cinco fases: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento da assistência, implementação da assistência e avaliação da assistência.

A Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, referente ao Exercício da Enfermagem, dispõe no artigo 11, como atividades privativas do enfermeiro a consulta de enfermagem, e a prescrição da assistência de enfermagem (BRASIL, 1986).

De acordo com Daniel (1987) o processo de enfermagem deve envolver a utilização de uma abordagem organizada para alcançar seu propósito e requer do enfermeiro interesse em conhecer o paciente como indivíduo, utilizando para isto seus conhecimentos e habilidades, além de orientação e treinamento da equipe de enfermagem para implementação das ações sistematizadas.

2.4.1 Histórico de Enfermagem

A coleta de dados é a primeira fase do processo de enfermagem. Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) consideram essa fase como histórico e definem como “processo organizado e sistemático de coleta de dados” utilizado para avaliar as necessidades específicas e as condições de saúde do paciente.

Daniel (1987) refere que é no momento da coleta de dados que se estabelece o relacionamento entre enfermeiro/paciente, o qual se dá com a comunicação verbal e não verbal. Observar essas formas de comunicação é atividade que não se restringe apenas ao enfermeiro e a equipe de enfermagem, mas, estende-se também ao paciente, pois, neste momento ele pode observar o enfermeiro e a equipe que irá cuidar dele.

Potter e Perry (2002) referem que esta fase tem o propósito de dar ao profissional uma base de dados sobre o paciente como: história clínica, história da doença anterior, estado de bem estar, práticas de saúde, e a condição atual do paciente.

Nóbrega e Silva (2008) relatam que esta fase propicia a equipe de enfermagem inúmeras informações que irão contribuir com as demais fases do processo de enfermagem, principalmente, com a fase diagnóstica. Além do que, dar ao profissional a condição de realizar uma assistência de qualidade e individualizar o cuidado, pois, cada paciente ao ser admitido terá um instrumento de coleta de dados preenchido, para traçar os diagnósticos e, conseqüentemente, as intervenções, a fim de minimizar ou satisfazer as necessidades, problemas, respostas ou situações apresentados pelo mesmo.

Para que o enfermeiro possa atuar de forma individualizada utilizando o processo de enfermagem é necessário um guia para direcionar a assistência, ou seja, um referencial teórico.

Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) referem que é por meio do processo de enfermagem que o modelo teórico escolhido (autocuidado, necessidades humanas básicas, estressores, sistema de adaptação e etc). é aplicado à prática assistencial. Sendo no instrumento de coleta de dados onde conseguimos, inicialmente, visualizar os conceitos desse referencial.

Segundo Carvalho e Rossi (1998), quando determinamos com antecedência a escolha de um referencial teórico, estamos favorecendo a condução de coleta de dados, com a construção de um instrumento, onde os conceitos do modelo direcionam a organização do mesmo e, por, conseguinte, as demais fases do processo.

O histórico de enfermagem é uma fase imprescindível, para que ocorra o sucesso das demais fases. Pois, é por meio da coleta de dados que se estabelece a relação de empatia entre

o paciente e o enfermeiro, é também, a fase onde o enfermeiro coloca em prática toda sua capacidade de observar e mensurar as necessidades específicas do paciente (NÓBREGA e SILVA, 2008).

2.4.2 Diagnóstico de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem deu seus primeiros passos com o advento da enfermagem moderna, quando Florence Nightingale, na guerra da Criméia, em 1856, diagnosticou e tratou “problemas de saúde” dos soldados. Com o avanço da Enfermagem, e a organização de seu próprio conhecimento, na década de 1950, chega-se à forma sistemática de cuidar, ou seja, ao processo de enfermagem, composto por fases, onde o diagnóstico de enfermagem aparece, geralmente, como segunda etapa desse processo.

Entretanto, é na década de 1970 que o Grupo Diagnóstico da Associação Norte Americana de Enfermagem dá o grande salto na história do diagnóstico de enfermagem, e constrói uma classificação para a denominação do conjunto de sinais e sintomas identificados pelo enfermeiro no paciente, ou seja, o diagnóstico de enfermagem. Desde então inúmeras taxonomias foram desenvolvidas para determinar os problemas encontrados nos pacientes, família ou comunidade, como o Sistema de OMAHA, a Taxonomia da NANDA-I e a CIPE, entre outras.

Segundo Nóbrega e Silva (2008) no Brasil o processo de enfermagem foi introduzido por Wanda de Aguiar Horta na década de 1970. A metodologia do processo de enfermagem estabelecida por Horta também deixou a fase de diagnóstico como segunda etapa. No artigo “a metodologia do processo de enfermagem”, a autora deixa claro que o diagnóstico é função do enfermeiro e que deve ser feito baseada na observação, percepção e levantamento de problemas e necessidades do ser humano, família e comunidade.

No entanto, a forma estabelecida por Horta para determinar quais os problemas do paciente que são focos de atenção ao enfermeiro, foi considerada pelos profissionais como complexa, deixando-a fora do processo assistencial por muitos anos (HORTA, 1979).

Para Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993), a fase de diagnóstico oferece ao enfermeiro a oportunidade de avaliar sinais e sintomas, dados objetivos e/ou subjetivos evidenciados no paciente no momento da coleta de dados. Essa é uma fase complexa que requer dos profissionais habilidades cognitivas e experiência profissional. As autoras consideram que a fase de diagnóstico de enfermagem envolve uma função intelectual complexa, pois, nessa fase o enfermeiro deve analisar um conjunto de sinais e sintomas a fim

de denominá-los, tendo por base uma taxonomia.

De acordo com Carvalho e Garcia (2002), para o profissional denominar os dados coletados, é necessário que ele tenha em mente o processo de julgamento clínico e aumente sua habilidade no raciocínio do diagnóstico, uma vez que o diagnóstico é a base para determinar as intervenções de enfermagem, com as quais objetiva-se alcançar os resultados estabelecidos.

A definição de diagnóstico segundo Carpenito (2002) é o estudo “cuidadoso e criterioso de algo, para a determinação de sua natureza”. Segundo a autora, mesmo após tantos anos, a questão ainda é: o que os enfermeiros devem diagnosticar?

Em 1973, quando o Grupo de Classificação Norte-Americano de Diagnóstico de Enfermagem, mais tarde denominado de Nursing American Nursing Diagnose Association (NANDA), iniciou seus trabalhos, foi desenvolvida apenas uma lista de diagnósticos de enfermagem, em ordem alfabética, como resultado das discussões sobre o que o enfermeiro diagnosticava na sua prática assistencial.

Anos de estudos e aprofundamentos sobre a temática levaram ao desenvolvimento da Taxonomia mais utilizada em todo o mundo. Em 1990, a NANDA aprovou em assembléia, uma definição para diagnóstico de enfermagem, como o “julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família, ou da comunidade aos problemas de saúde/processos vitais, reais ou potenciais (NANDA, 2002).

O diagnóstico de enfermagem é definido, ainda por Smeltzer e Bare (2002), como os problemas de saúde, reais ou potenciais do paciente que são receptivos a resoluções por ações de enfermagem independentes.

Potter e Perry (2002) consideram o diagnóstico como “a determinação do problema real ou potencial do estado de saúde do paciente, para o qual o profissional de enfermagem é licenciado e tem competência para tratar”.

Segundo Gordon (1994) o termo diagnóstico é utilizado em três contextos: como segunda fase do processo de enfermagem (análise dos dados coletados e avaliação do estado de saúde do cliente); como um julgamento clínico (descreve o estado de saúde do cliente); como afirmativa diagnóstica (descreve a afirmativa sobre o estado de saúde do cliente utilizando uma taxonomia.

2.4.2.1 Processo de raciocínio diagnóstico

De acordo com Nóbrega e Silva (2008) a literatura tem apresentado estratégias para formar profissionais capazes de decidir e fazer observações criteriosas. Dentre essas estratégias, tem-se a capacidade de raciocinar, interpretar e relacionar dados, além de integrá-lo aos conhecimentos adquiridos com o estudo teórico e a experiência prática assistencial e a capacidade de julgar.

Essa capacidade de raciocinar segundo Sampaio e Pellizetti (2003) consiste na formação e estabelecimento de opiniões ou valores sobre um determinado objeto ou evento, a partir de um conjunto de conceitos.

Esse processo cognitivo que se desenvolve para a formulação do diagnóstico de enfermagem tem recebido diferentes denominações, entretanto com significados que se completam, como raciocínio crítico (POTTER; PERRY, 2002); raciocínio ou julgamento clínico e pensamento crítico (ALFARO-LEFREVE, 1996) e julgamento clínico (GORDON, 1994, CRUZ, 1995).

O pensamento crítico segundo Alfaro-Lefreve (1996) é preciso, disciplinado, promove a exatidão e o aprofundamento dos dados coletados e procura identificar, claramente, os assuntos em pauta. A autora ainda refere que o pensamento crítico requer racionalidade, pensamento reflexivo, intencionalidade e apresenta similaridade aos princípios da ciência e do método científico. O resultado do pensamento crítico é o julgamento clínico do enfermeiro, sendo necessário para isso, conhecimento específico, experiência profissional, competência, atitude e padrões para pensamento crítico.

Segundo Gordon (1994), para a formulação do diagnóstico durante o processo de julgamento são necessárias várias inferências sobre os dados coletados. Estas inferências são consideradas como o processo de raciocínio diagnóstico, que é apresentado por diversos pesquisadores com etapas distintas, as quais variam de acordo com o modelo escolhido.

Para Risner (1986), o processo diagnóstico envolve duas fases. Na primeira fase por meio de um processo de análise e síntese dos dados coletados, faz-se o julgamento clínico das repostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas de saúde ou aos processos vitais. Na segunda fase denomina-se diagnóstico de enfermagem.

Para Gordon (1994), o processo de raciocínio clínico é a forma de determinar um problema de saúde do cliente e de avaliar os fatores etiológicos que estão determinando esse problema, e envolve duas grandes linhas: 1. explanação não-analíticas, que envolve a intuição e o reconhecimento de padrões, e 2. explanações analíticas, que por sua vez envolvem o uso

de estratégias diagnósticas. Na prática são utilizados tanto processos analíticos quanto não analíticos. Para esta autora o processo diagnóstico é desenvolvido por meio de quatro etapas.

Primeira etapa é a coleta de informações – avaliação do paciente que corresponde a primeira etapa do processo de enfermagem. A segunda etapa é a interpretação das informações – análise e interpretação feita a partir de dados coletados. A terceira etapa é o agrupamento dos dados – a combinação de dados relevantes, inter-relacionados em agrupamentos, a título de hipóteses diagnósticas. A quarta etapa é a denominação do agrupamento – é a atribuição de uma categoria nominal ao resultado do processo de julgamento clínico utilizando um sistema de classificação ou taxonomia (GORDON, 1994).

De acordo com Nóbrega e Silva (2008) o processo de raciocínio diagnóstico não tem sido foco principal na atenção dos enfermeiros, entretanto, faz-se necessário que sejam desenvolvidos trabalhos, sobre essa temática. É necessário que sejam desenvolvidas estratégias no intuito de desenvolver nos acadêmicos e profissionais essa capacidade cognitiva de analisar, interpretar e denominar dados coletados.

2.4.3 Planejamento da assistência

O cuidado definido por Boff (1999), como ato ou atitude de velo e desvelo com o outro, tem sido objeto do trabalho da Enfermagem durante vários séculos. Entretanto, o progresso da ciência, os avanços tecnológicos têm desencadeado a busca incessante de profissionais que possuam além da capacidade humana de cuidar, o conhecimento em uma variedade de áreas.

Potter e Perry (2002) referenciam que o papel atual da Enfermagem não se restringe apenas a prestação de cuidados e proporcionar conforto, incluem, além disso, proteger e defender o paciente, defender, gerenciar, reabilitar, ensinar e até decidir.

O processo de enfermagem é considerado por Crossetti (1995), como um método organizado que disponibiliza de uma estrutura lógica na qual se fundamenta a assistência de enfermagem. É considerado por Garcia e Nóbrega (2001), como um instrumento metodológico utilizado tanto para favorecer o cuidado, quanto para organizar as condições necessárias para que este seja realizado.

O processo de enfermagem possui em sua estrutura a fase de planejamento, a qual Iyer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993, p.101) referem ser a fase que envolve estratégias que têm por finalidade reforçar as respostas saudáveis do paciente, prevenir, minimizar ou corrigir as não saudáveis, detectadas durante o diagnóstico de enfermagem.

Segundo Horta (1979) o planejamento é um dos instrumentos básicos de enfermagem, podendo ser conceituado como: um processo intelectual, isto é, a determinação consciente do curso de ação, a tomada de decisões com base em objetivos, fatos e estimativas submetidas à análise.

Castilho e Gaidzinsky (1991 apud FUGITA; FARAH, 2003), consideram que determinar ações de enfermagem, utilizando-se de um método de trabalho, visando atender as necessidades do cliente é planejar a assistência de enfermagem.

Kron e Gray (1994) referem que o processo de planejar é predeterminar um curso de ações direcionadas a alcançar um resultado desejado.

Para Nóbrega e Silva (2008) o planejamento se constitui em um plano de ação, onde são estabelecidos objetivos e estratégias, visando fortalecer as respostas saudáveis do paciente. Na enfermagem, o planejamento é a terceira fase do processo de enfermagem, e inicia-se logo após a fase diagnóstica, finalizando com o registro do plano de cuidados, sendo dividido em quatro fases distintas: o estabelecimento dos diagnósticos prioritários; definição dos resultados e metas; prescrição das intervenções e registro do plano de cuidados.

Um planejamento bem elaborado e registrado é aquele desenvolvido a partir da interação do enfermeiro com o cliente, sendo este agente ativo das decisões do plano de cuidados, bem como, com a colaboração das diversas equipes multidisciplinares, buscando proporcionar ao cliente a melhor assistência possível (NÓBREGA; SILVA, 2008).

2.4.4-Implementação da assistência

Segundo Nóbrega e Silva (2008) como quarta fase do processo assistencial a implementação tem relação com todas as etapas já citadas. Contudo, para ser adequada ele precisa antes de tudo, de uma boa investigação, de uma precisão diagnóstica; de um plano de cuidados bem elaborado, estabelecidos a partir das necessidades reais do paciente e de acordo com a possibilidade terapêutica disponível na instituição onde se presta essa assistência.

Ainda segundo as autoras essa também é a fase em que toda a equipe de enfermagem pode interagir de modo mais perceptível dentro do processo de enfermagem. Pois, erroneamente, o mesmo tem sido direcionado para o enfermeiro, pois apesar do enfermeiro aparecer como mentor, toda a equipe pode ser consultada durante a coleta dos dados e a prescrição das intervenções, sendo estas descritas para serem executadas não apenas pelo enfermeiro, mas por todos os membros da equipe de enfermagem.

Condição esta, confirmada pela própria Lei do Exercício Profissional 7.498/86, que

em seu Art. 12 refere as atividades do técnico, na alínea “b” atribui ao mesmo a execução das ações assistenciais de enfermagem; e no Art. 13 das atividades do auxiliar, a alínea “b” cita como atribuição destes a execução de ações de tratamento, ou seja implementar as ações que deveriam estar prescritas para o paciente.

Potter e Perry (2002) abordam a quarta etapa do processo de enfermagem como o momento que se dará início, bem como se completará as ações de enfermagem, tendo como meta o alcance dos resultados esperados.

Durante a implementação a equipe de enfermagem tem condições de reavaliar o quadro clínico do cliente e assim pode modificar ou não o plano assistencial estabelecido para o mesmo. Considera-se então que a implementação aproxima mais o enfermeiro ou os demais membros da equipe de enfermagem do cliente, levando-os a um envolvimento mais direto, não se restringindo aos assuntos burocráticos (NÓBREGA e SILVA, 2008).

Santos e Dourado (2007) afirmam que quando o enfermeiro cuida de um cliente precisa usar como respaldo de suas atividades não apenas indicadores clínicos identificados, mas também as alterações contínuas do ser humano que tem uma influência direta sobre suas respostas ao processo saúde doença. Em função disso, para visualizar o ser de modo integrado, o enfermeiro deve se aproximar do cliente para implementar, agindo em benefício de quem se assiste.

Kletemberg, Mantovani e Lacerda (2004) afirmam que quando o enfermeiro assiste integralmente, e isto inclui a implementação, ele usa de capacidades como sensibilidade, intuição, percepção, compromisso, amor e outras.

Segundo Nóbrega e Silva (2008) do ponto de vista metodológico a implementação pode ser dividida em fases ou passos, que vão diferenciar de acordo com os autores adotados. Essas fases também passam por adequações dependendo do contexto onde está sendo aplicado o processo de enfermagem.

Alfaro-Lefevre (2005) comenta que a implementação é composta pelo menos por seis passos sendo:

- Preparar para comunicar e receber comunicações;
- Estabelecer prioridades diárias;
- Investigar e reinvestigar;
- Realizar as intervenções e fazer as mudanças necessárias;
- Registrar;
- Fazer comunicações.

2.4.3 Avaliação da implementação

Já Iyer; Taptich e Bernocchi-Losey (1993) visualizam a implementação em três momentos: preparação, intervenção e documentação, e para Potter e Perry (2002, p.45), esta quarta fase do processo de enfermagem inclui “[...] o desempenho, a assistência ou orientação sobre realização das atividades da vida diária, o aconselhamento e o ensino do cliente ou da família, a prestação de cuidado direto para alcance das metas centradas no cliente, a supervisão e avaliação do trabalho dos membros da equipe e o registro e a troca de informações relevante para o cuidado de saúde continuado do cliente”.

Nettina (2003) relata que a implementação envolve ações de como coordenar as atividades do cliente, família e outras pessoas envolvidas nesse processo de assistência; ações para delegar intervenções dentro de qualquer equipe de enfermagem, sendo necessário ao enfermeiro conhecer bem o seu pessoal, identificando capacidades e limitações de cada um e supervisionar o andamento do que foi delegado; e por fim a ação de registrar como o cliente respondeu as intervenções realizadas pela equipe de enfermagem, de modo objetivo, porém, preciso.

De acordo com Nóbrega e Silva (2008) na implementação propriamente dita, a equipe de enfermagem executa o plano em conjunto com o cliente. O cuidado deve ser focado no cliente, com orientações, atividades físicas e psicológicas direcionadas as suas necessidades. Para que a implementação seja efetiva é necessária a competência da equipe que cuida, a qual deve utilizar a inteligência, a capacidade de interação pessoal e técnicas adequadas para o cuidado.

Ainda de acordo com as autoras um ponto importante na implementação do plano é a coleta de dados referente as necessidades ou respostas afetadas do cliente durante as atividades executadas. Novamente, a equipe deve usar de instrumentos básicos de mensuração, observação e interação para analisar esses novos dados. É necessário registrar tais respostas, pois as mesmas são necessárias para se obter o progresso do quadro clínico do cliente, o que pode justificar a necessidade de modificação do plano.

Nóbrega e Silva (2008) relata que como parte do processo de enfermagem a implementação deve resultar em um benefício para o cliente, e deve ser respaldada na coleta de dados, na identificação dos diagnósticos, e partindo de um plano de cuidados individualizado, o que inevitavelmente promoverá individualização e a qualidade do cuidado.

2.4.5 Avaliação da assistência

A avaliação é um processo antigo e que está presente em todas as atividades diárias do ser humano, sejam essas simples ou complexas; possui vários significados, podendo ser entendida como um processo, um instrumento ou um método (NÓBREGA e SILVA, 2008).

No âmbito da saúde a avaliação ganha também um tom diferenciado, no intuito de modificar o saber mecanicista que imperou e ainda impera em algumas profissões. Contaminado pelas mudanças democráticas surge a avaliação por competência, a qual engloba o saber agir e não apenas o saber-fazer. Nessa modalidade, é avaliada a ação do profissional diante de uma situação problema emergente da prática cotidiana (BRASIL, 2003).

De acordo com Carvalho e Bachion (2005) na Enfermagem, a avaliação de estrutura abrange os recursos materiais, humanos e financeiros, ou seja, padrões de assistência que garantem o mínimo de qualidade na assistência ao cliente. A avaliação do processo inclui o julgamento do cuidado em si, ou seja, a assistência de toda a equipe de enfermagem, o que é feito pelo e para o cliente. A avaliação do resultado é imediata, refere-se a satisfação do cliente durante ou após a execução do cuidado, ou seja, busca verificar a mudança no comportamento e no estado de saúde do cliente a partir da assistência prestada.

Alfaro-Lefreve (2005) define o processo de enfermagem como método sistematizado e humanizado para prestação da assistência de enfermagem, descrevendo-a em cinco etapas inter-relacionadas. Para Horta (1979), o processo é a dinâmica de ações também sistematizadas e inter-relacionadas, porém descreve-o em cinco etapas. Independente do número de etapas descritas pelos autores, a avaliação sempre está presente em todas as fases do processo de enfermagem.

Para Atkinson e Murray (1989) e Smeltzer e Bare (2002), a avaliação é a última etapa do processo e tem como propósito avaliar se os objetivos traçados no plano assistencial foram alcançados.

Segundo Zanei et al. (2003), a avaliação é sistemática, ou seja, está inserida em todas as etapas do processo permitindo realizar ajustes quando os resultados são indesejáveis para o cliente e/ou profissional, cujos ajustes repassam pela avaliação dos dados colhidos, dos diagnósticos elaborados, das intervenções traçadas, das prioridades estabelecidas para implementação das ações e tudo que esteja ligado a essas fases.

Yer, Taptich e Bernocchi-Losey (1993) e Timby (2001) referem que a avaliação é o processo que determina se as metas, ou seja, os resultados, foram alcançados, e é realizada por

meio da análise das respostas do cliente ao plano assistencial.

Na avaliação dos resultados o foco está nas mudanças comportamentais e do estado de saúde do cliente. O enfermeiro observa as evidências apresentadas pelo estado de saúde do paciente, as quais foram resultados de suas intervenções.

Para Nóbrega e Silva (2008) nesse tipo de avaliação é necessário julgar as habilidades adquiridas pelo cliente, mensurar o progresso do quadro de saúde e o conhecimento sobre sua patologia ou tratamento, ou mesmo sobre suas condições de autocuidado. Pode ser feita ainda uma avaliação tardia dos resultados, comparando a condição logo após a intervenção e algum tempo depois das modificações serem absorvidas pelo cliente.

As autoras ainda referem que, contudo, existem alguns fatores que podem interferir no processo de avaliação, em função disso é necessário definir antes os passos que serão seguidos para se avaliar. É preciso estabelecer quem avalia? O que avalia? E onde avalia? Por esse motivo, os resultados na maioria das vezes não são anotados.

Nóbrega e Silva (2008) referem que uma das estratégias que podem minimizar essa situação é adotar ou desenvolver taxonomia de avaliação, a exemplo disso tem-se a Nursing Outcomes Classification (NOC), que apresenta metas a serem alcançadas pelos clientes numa estrutura de escalas, o que facilita a avaliação.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, descritiva de abordagem qualitativa.

A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva. Em ambos os casos, buscar conhecer e analisar as contribuições culturais e ou científicas do passado existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema (CERVO e BERVIAN, 1996).

Todo estudo descritivo objetiva observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos ou fenômenos (variáveis) sem nenhum tipo de manipulação. Descreve precisamente a frequência da ocorrência do fenômeno, sua relação e ligação com os outros, bem como sua natureza e características, podendo envolver tanto indivíduos isoladamente quanto em grupos (CERVO e BERVIAN, 1996).

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir de artigos publicados em periódicos de enfermagem, acerca da temática. De acordo com Pimentel (2003) este tipo de pesquisa tem

como base a análise do material, através da organização e interpretação no atendimento ao objetivo da investigação.

Foram consultados periódicos de enfermagem indexados na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde), e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), também foram consultados periódicos disponíveis na BDENF (Base de dados de Enfermagem).

A fase de coleta de dados ocorreu no período de abril a julho de 2009. Os descritores utilizados na pesquisa foram: diagnóstico de enfermagem, transplante de medula óssea e transplante de células hematopoiéticas. Em princípio a seleção dos artigos se deu após a leitura analítica dos resumos, foram encontrados 15 artigos. Após a identificação dos artigos foram realizadas leituras flutuantes dos textos, pois este momento consistiu em buscar conteúdos acerca dos diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea.

A partir disso foram selecionados os artigos que abordavam a temática. Totalizando 4 artigos. A partir daí, foi possível realizar a organização segundo classificação da revista, ano, e caracterização do conteúdo do artigo, como mostra o quadro 1.

No intuito de preservar os aspectos éticos na pesquisa, foi optado em manter no anonimato quaisquer dados que pudesse identificar a autoria dos artigos, denominado-as por revista 1 o artigo 1; revista 2 os artigos 2, 3 e 4. O quadro 1 mostra a forma como os artigos foram organizados.

Revista	Artigo	Ano	Caracterização do Conteúdo
1	1	2003	Aborda a assistência de enfermagem ao paciente no pós transplante de medula óssea.
2	2	2005	Descreve os diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente no transplante de medula óssea alogênico.
	3	2002	Consiste em um levantamento sobre os diagnósticos de enfermagem utilizados nos transplantes de medula óssea.
3	4	2000	Relata sobre a prevenção de infecções em pacientes submetidos ao transplante de medula óssea.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados de enfermagem segundo a revista, ano e caracterização do conteúdo. Natal/RN, 2009.

Revista	Artigo	Ano	Caracterização do Conteúdo
1	1	2005	Descreve a percepção dos enfermeiros sobre a sistematização da assistência de enfermagem.
	2	2001	Aborda os aspectos éticos legais da retirada e transplante de tecidos e órgãos.
	3	2004	Relata a percepção dos enfermeiros sobre o diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem.
	4	2007	Descreve as práticas de enfermagem no transplante de medula óssea
2	5	2001	Consiste em uma breve reflexão sobre o autocuidado no planejamento da alta hospitalar no pós transplante de medula óssea.
	6	2004	Faz uma análise sobre os diagnósticos de enfermagem no Brasil.
	7	2008	Relata uma revisão de literatura sobre os diagnósticos de necessidade da família de pacientes adultos na UTI.
	8	2001	Descreve o sistema de assistência de enfermagem, sua evolução e tendências.
	9	2008	Analisa os diagnósticos de enfermagem aplicados a pacientes submetidos ao transplante de córnea.
3	10	2007	Aborda a aplicação dos procedimentos de enfermagem a uma adolescente portadora de leucemia.
	11	2007	Descreve os diagnósticos de enfermagem aplicados ao paciente internado em unidade médico-cirúrgica.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos não selecionados de enfermagem segundo a revista, ano e caracterização do conteúdo. Natal/RN, 2009.

Em seguida procedeu-se a fase de análise do material. Optou-se pela análise de conteúdo que consiste em um conjunto de técnica de análise da comunicação realizada através de procedimentos sistematizados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, que possibilitem inferências acerca do que está em análise. Assim foram identificadas nesta análise o texto em sua totalidade (PIMENTEL, 2003).

O tratamento dos dados deu-se a partir da busca dos aspectos objetivos e subjetivos contidos nas publicações de enfermagem. Segundo Pimentel (2003) esta fase constitui em apreender conteúdos latentes, indo além do manifesto, permitindo realizar interpretações com maior aprofundamento, para atingir os significados. A interpretação foi respaldada em literatura específica.

4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os artigos selecionados faziam referências aos diagnósticos aplicados ao paciente submetido ao transplante de medula óssea, desde sua implantação até a assistência prestada de acordo com o diagnóstico aplicado.

Verificou-se que o foco da atenção das pesquisas analisadas estava direcionado para o conhecimento técnico científico que os profissionais precisam ter para por em prática o processo de enfermagem no procedimento do transplante de medula óssea.

Segundo Magalhães (2005) o sucesso do transplante de medula óssea está diretamente relacionado à atuação da equipe de enfermagem, pois é esta que presta assistência integral ao paciente, permanecendo-o 24h com o mesmo, avaliando, diagnosticando e colaborando com os demais membros da equipe de saúde. Uma tônica nestas discussões tem sido sobre qual a real inserção do enfermeiro neste processo e como encontrar uma forma de atuação efetiva da enfermagem, desviando o foco do cuidado de enfermagem do tratamento e terapêutica, baseados nos diagnósticos médicos, centrando suas ações de cuidado e intervenções nas necessidades reais do paciente.

O estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem podem contribuir para o aprimoramento do processo de enfermagem, no sentido de direcionar as intervenções de enfermagem de forma individualizada e específica para cada paciente (MAGALHAES e CHIOCHETTA, 2002).

De acordo com os artigos analisados foram selecionados os diagnósticos de enfermagem que abordavam as necessidades do paciente no pré, trans e pós transplante de medula óssea. Além da definição do diagnóstico de enfermagem, também foi relatado às características definidoras desses diagnósticos e as prescrições de enfermagem pertinentes. Os diagnósticos abaixo selecionados foram baseados na bibliografia de Carpenito (2006).

4.1 ALTERAÇÃO NA ELIMINAÇÃO URINÁRIA

Definição: Estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, disfunção na eliminação urinária.

Características definidoras: Disúria. Hesitação urinária. Incontinência urinária. Nictúria. Distensão da bexiga. Grandes volumes de urina residual. Terapia medicamentosa com imunossupressores. Recente perda substancial de peso.

Intervenções de Enfermagem: Determinar se existem causas agudas para o problema (infecção, doença renal, cálculo renal, efeito de medicamentos, efeito de anestesia). Encaminhar ao urologista se for determinada uma causa aguda.

4.2 ALTERAÇÃO NA MUCOSA ORAL

Definição: Estado em que um indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar, lesões na cavidade oral.

Características definidoras: Mucosa oral lesionada. Xerostomia. Estomatite. Lesões orais. Gengivite hemorrágica. Leucoplastia. Radiação na cabeça e no pescoço. Uso prolongado de esteróides ou outros imunossupressores. Uso de medicamentos antineoplásicos. Doença periodontal. Diabetes Mellitus.

Prescrições de Enfermagem: Discutir a importância da higiene oral diária e dos exames dentários periódicos. Avaliar a habilidade da pessoa para realizar a higiene oral. Ensinar os cuidados orais corretos. Realizar a higiene oral na pessoa inconsciente ou com risco de aspiração. Realizar a higiene após as refeições e antes de dormir. Passar o fio dental uma vez por dia. Omitir o fio dental se houver sangramento excessivo e ter cuidado extremo com as pessoas com contagem de plaquetas abaixo de 50.000. Evitar soluções de limpeza para a higiene oral com álcool. Inspeccionar a cavidade oral três vezes por dia com o abaixador de língua e a lanterna; se a estomatite for severa, inspeccionar a boca a cada quatro horas. Garantir que a higiene oral seja feita a cada duas horas, quando acordado, e a cada seis horas, durante a noite. Consultar o médico sobre uma solução oral para alívio da dor. Ensinar à pessoa e à família os fatores que contribuem para o desenvolvimento e a progressão da estomatite. Fazer com que o indivíduo descreva ou demonstre o regime de cuidados domésticos.

4.3 ALTERAÇÃO NA NUTRIÇÃO: MENOS QUE O CORPO NECESSITA

Definição: Alteração no padrão normal de alimentação que resulta em peso corporal diminuído.

Características definidoras: Dor ou cólica abdominal. Sensação de paladar alterada. Aversão ou falta de interesse na alimentação. Peso corporal 20% ou mais baixo do peso ideal. Diarréia e esteatorréia. Evidência de falta de alimento. Perda de cabelos excessiva. Capilares frágeis. Sons intestinais hiperativos. Ingestão alimentar inadequada (menor que as quantidades diárias recomendadas). Falta de informação ou desinformação sobre nutrição. Mucosas e conjuntivas pálidas. Incapacidade percebida para ingerir o alimento. Tônus

muscular deficiente. Saciedade imediata após a alimentação. Cavidade bucal ulcerada e inflamada. Fraqueza nos músculos necessários para a mastigação e deglutição.

Prescrições de Enfermagem: Obter e registrar o peso do paciente no mesmo horário, a cada dia. Monitorar o balanço hídrico. Administrar a quantidade prescrita de alimento. Realizar os cuidados das narinas a cada 4 horas para evitar ulceração e ruptura da pele. Garantir temperatura adequada de cada alimentação. Avaliar e registrar os sons intestinais uma vez por plantão. Auscultar e registrar os sons respiratórios a cada 4 horas.

4.4 ANSIEDADE

Definição: Estado em que o indivíduo ou grupo apresenta sentimento de desconforto (apreensão) e ativação do sistema nervoso autônomo em resposta a uma ameaça vaga, inespecífica.

Características definidoras: Medo. Inquietação. Esquecimento. Divagação. Insônia. Atenção comprometida. Absorção mental. Impaciência. Tremores. Preocupação.

Prescrições de Enfermagem: Despender 10 minutos com o paciente, duas vezes por turno. Demonstrar desejo em ouvir. Oferecer tranquilização verbal. Dar ao paciente explicações explícitas, concisas, sobre qualquer fato que venha a ocorrer. Evitar sobre carga de informação; um paciente ansioso não pode assimilar muitos detalhes. Escutar ativamente; permitir ao paciente expressar sentimentos verbalmente. Não impor demandas sobre o paciente. Identificar e reduzir os vários estressores ambientais, conforme possível. Solicitar ao paciente que defina quais tipos de atividades promovem sentimentos de conforto e incentivar o paciente a realizá-las. Permanecer com o paciente durante ansiedade severa. Incluir o paciente nas decisões relacionadas ao cuidado sempre que possível. Apoiar os membros da família quanto ao enfrentamento do comportamento ansioso do paciente. Ensinar ao paciente as técnicas de relaxamento a serem realizadas. Encaminhar o paciente ao profissional de saúde mental.

4.5 CONSTIPAÇÃO

Definição: Estado em que o indivíduo apresenta estase do intestino grosso, resultando em eliminação pouco freqüente (duas ou menos vezes por semana) e / ou fezes secas e duras.

Características definidoras: Sensibilidade ou dor abdominal e sensação de plenitude ou pressão retal. Borborismo, sons intestinais hipo ou hiperativos, ou macicez abdominal à percussão. Sangue vermelho vivo com as fezes; fezes escuras ou pretas; duras ou muito ressecadas. Mudança no padrão intestinal. Mudança nas condições mentais, incontinência

urinária, quedas inexplicáveis ou elevação na temperatura corporal. Frequência e volume diminuído das fezes. Abdome distendido e aumento da pressão abdominal. Incapacidade de defecar. Fadiga geral, anorexia, cefaléia, náuseas ou vômito. Fezes líquidas. Massa palpável retal ou abdominal. Intensa flatulência. Fezes macias, pastosas no reto. Distensão e possível dor durante a defecação.

Prescrições de enfermagem: Monitorar e registrar a frequência e característica das fezes. Registrar a ingestão e a excreção precisamente para assegurar uma correta reposição de líquidos. A menos que contra indicado, incentivar a ingestão de 2.500 ml de líquidos diariamente. Posicionar o paciente sobre a comadre ou cadeira higiênica em horários específicos diariamente, tão próximo quanto possível ao horário usual de evacuação. Administrar laxante ou enema conforme prescrição. Ensinar o paciente delicadamente, massagear ao longo do cólon transversal e descendente. Consultar nutricionista sobre um aumento de fibra e volume da dieta prescrita pelo médico. Instruir o paciente e a família sobre a relação entre a dieta, o exercício e a ingestão de líquidos quanto à constipação.

4.6 DISTÚRPIO DO PADRÃO DE SONO

Definição: distúrbio no padrão de suspensão natural periódica da consciência que proporciona repouso adequado sustenta um estilo de vida desejável e pode ser fortalecido.

Características definidoras: Confusão aguda, agitação ou combatividade. Sonolência diurna. Capacitação de atuação diminuída. Alucinação. Tremores nas mãos. Sensibilidade aumentada à dor. Incapacidade de se concentrar. Irritabilidade, letargia, inquietação, agitação, ansiedade, mal estar, apatia. Nistagmo brando e fugaz. Paranóia transitória.

Prescrições de enfermagem: Incentivar o paciente a identificar os fatores no ambiente que dificultam o sono. Perguntar ao paciente quais alterações ajudariam a promover o sono. Aconselhar o paciente a evitar cochilos diurnos quando eles interferem com o sono noturno. Dizer ao paciente que evite passar longos períodos no leito sem dormir. Fazer alterações imediatas para acomodar o paciente, por exemplo: reduzir o ruído; mudar o horário do cateterismo, medicação ou tratamento, alterar iluminação, e fechar as portas. Realizar as prescrições para promover o sono. Avaliar o paciente a cada manhã para determinar a qualidade do sono na noite anterior. Ensinar as técnicas de relaxamento ao paciente, como imaginação orientada, meditação e relaxamento muscular progressivo. Avaliar o horário diurno para garantir o tempo apropriado para o repouso.

4.7 DOR AGUDA PELA ETIOLOGIA DE TRAUMA TISSULAR

Definição: Uma experiência sensorial e emocional desagradável que se origina de comprometimento real ou potencial do tecido ou descrita em relação a este comprometimento; a dor pode ser súbita ou de início lento, variar em intensidade, desde de branda a intensa, e ser constante ou recorrente; a dor dura menos de 6 meses; e o período de dor possui um final antecipado ou previsível.

Características definidoras: Alteração no tônus muscular. Respostas autônomas (sudorese; alterações da pressão arterial; frequência de pulso e frequência respiratória e pupilas dilatadas). Alterações no apetite e na alimentação. Comunicação (verbal ou codificada) da dor. Comportamento de distração (como marcar o passo, procurar outras pessoas e realizar atividades repetitivas). Expressões de dor. Comportamento de defesa ou proteção. Foco estreitado (incluindo percepções de tempo alterada, isolamento do contato social, e processo de raciocínio prejudicado). Focalização em si mesmo. Distúrbio de sono.

Prescrições de enfermagem: Avaliar os sintomas físicos que exigem o medicamento analgésico e administrar esse medicamento conforme prescrição médica. Retornar ao paciente em 30 minutos para verificar a eficácia do medicamento. Discutir com o paciente a possível associação entre a exacerbação da dor e os estressores identificados do paciente. Pedir ao paciente que ajude a estabelecer metas e a desenvolver o plano para controle da dor. Fornecer ao paciente um *feedback* positivo a respeito de sua evolução no sentido de alcançar as metas. Gastar pelo menos 15 minutos por turno de plantão para permitir que o paciente expresse sentimentos. Considerar os serviços de um profissional de saúde mental psiquiátrico para ajudar o paciente e membros da equipe a estabelecer um plano realista para desenvolver o problema. Planejar atividades para distrair o paciente; como leitura, televisão e visitas domiciliares.

4.8 EXCESSO NO VOLUME DE LÍQUIDOS POR INFUSÃO EXCESSIVA DE LÍQUIDOS

Definição: Estado em que o indivíduo apresenta, ou está em risco de apresentar sobrecarga intracelular ou intersticial de líquidos.

Características definidoras: Edema. Pele distendida, brilhante. Ingestão maior do que a alimentação. Falta de ar. Aumento de peso.

Intervenções de Enfermagem: Monitorar a pele quanto aos sinais de úlcera de pressão. Lavar delicadamente entre as dobras da pele e secar com cuidado. Evitar esparadrapo

quando possível. Trocar de posição a cada duas horas. Investigar evidências de acúmulo venoso dependente ou de estase venosa. Manter a extremidade edemaciada elevada acima do nível do coração sempre que possível (exceto se houver contra indicação por insuficiência cardíaca). Investigar a ingestão alimentar e os hábitos que podem contribuir para a retenção de líquidos. Proteger a pele edemaciada contra lesões.

4.9 HIPERTERMIA POR PROCESSO INFECCIOSO

Definição: Estado em que um indivíduo tem, ou apresenta risco de ter, uma elevação sustentada da temperatura do corpo, oral acima de 37,8°C ou retal acima de 38,8° C, devida a fatores externos.

Características definidoras: Febre. Pele quente e ruborizada. Frequências cardíacas e respiratórias aumentadas. Convulsões. Desidratação.

Intervenções de Enfermagem: Verificar a temperatura a cada 1 a 4 horas para obter uma temperatura central exata. Identificar a via e registrar as medicações. Administrar o medicamento antitérmico, conforme a prescrição, e registrar a eficácia. Utilizar as medidas não farmacológicas para reduzir a febre excessiva, como remover lençóis, cobertores e a maior parte das roupas, colocar bolsas de gelo nas axilas e virilha. Monitorar a frequência e ritmo cardíacos, pressão arterial, frequência respiratória, níveis de consciência e de responsividade, bem como o tempo de enchimento capilar a cada 1 a 4 horas. Determinar as preferências do paciente para os líquidos orais e incentivá-lo a beber o máximo possível, exceto quando contra indicado.

4.10 RISCO PARA INFECÇÃO POR PROCEDIMENTO INVASIVO

Definição: Estado em que um indivíduo apresenta risco de ser invadido por agente oportunista ou patogênico (vírus, fungo, bactérias, protozoários ou outro parasita) de fontes endógenas ou exógenas.

Prescrições de enfermagem: Documentar e relatar os resultados do histórico de enfermagem pré-operatório. Identificar os fatores de risco que predis põem o paciente à infecção. Certifica-se de que todos os membros da equipe cirúrgica usam as roupas de cirurgia apropriadas. Inspeccionar a sala de cirurgia para a limpeza antes de abrir os suprimentos e instrumentos. Realizar a escovação cirúrgica das mãos. Vestir capotes e luvas esterilizadas. Colocar os campos cirúrgicos esterilizados sobre o paciente. Verificar a integridade das embalagens, indicador químico. Monitorar rigorosamente o campo estéril. Utilizar técnica

adequada quando abrir os artigos sobre o campo estéril. Realizar a preparação pré-operatória da pele do sítio cirúrgico. Manter fechada as portas da sala de cirurgia em todos os momentos e reduzir o tráfego de entrada e saída. Classificar a ferida cirúrgica de acordo com o grau de contaminação da ferida e do tecido circunvizinho. Lavar as mãos após o contato com o paciente ou qualquer objeto contaminado por sangue ou líquidos orgânicos. Administrar os antibióticos conforme prescrição médica. Desinfetar e esterilizar todos os instrumentos e equipamentos antes e imediatamente após o procedimento cirúrgico. Limpar de imediato as áreas fora do campo estéril que se tornem contaminadas por sangue, tecidos ou líquidos orgânicos, com desinfetante apropriado. Aplicar o curativo estéril na ferida cirúrgica antes de remover os campos cirúrgicos.

5 CONCLUSÃO

Respostas aos objetivos, sem dados estatísticos.

REFERÊNCIAS

- ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H. **Imunologia molecular e celular**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.
- ALFARO-LEFEVRE, R. A. **Aplicação do processo de enfermagem – promoção do cuidado colaborativo**. São Paulo: Artmed, 2005.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4 ed., Porto Alegre: Art Med, 2000.
- ALFARO-LEFREVE, R. **Pensamento crítico em Enfermagem: um enfoque prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- ATKINSON, L. D. MURRAY, M. E. **Fundamentos de enfermagem : introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 1989.
- BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância do Câncer. **Estimativas 2008: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2007.

BRASIL. Lei 7.498 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v.106, n.124, p.9273-5, set. 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos trabalhadores da área da saúde. **Formação pedagógica em educação profissional da área de saúde: enfermagem, núcleo estrutural, proposta pedagógica: avaliando ação**. 2 ed rev. E ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de Enfermagem na Prática**. São Paulo: Ática, 1989.

CAMPOS, E. M. P. et al. Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. **Psicologia: teoria e prática**, v.5, n.2, 2003.

CARPENITO, L. J. **Diagnósticos de Enfermagem: aplicação a prática clínica**. 8 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. Comunicação e o processo de enfermagem. In: STEFANELLI, M. C. CARVALHO, E. C. **A comunicação nos diferentes contextos da Enfermagem**. São Paulo: Manole, 2005.

CARVALHO, E. C.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e julgamento clínico estabelecido no diagnóstico de enfermagem. In: FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM, 3, 2002, Uberlândia. **Anais**. Uberlândia: UFU, 2002.

CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Modelos, estruturas e teorias de enfermagem: aplicação através do processo de enfermagem. In: GARCIA, T. R.; PAGLIUCA, L. M. F. **A construção do conhecimento em enfermagem: coletânea de trabalho** (Org.). Fortaleza: RENE, 1998.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução – nº 200/97 de 15 de abril de 1997. Dispõe sobre atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea, segundo Normas Técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: 1997.

CROSSETTI, M. G. O. Algumas reflexões sobre o diagnóstico de enfermagem e os elementos do processo de trabalho. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.1, p. 150-59, jan/jun. 1995.

CRUZ, I. C. F. Considerações sobre o julgamento clínico em enfermagem. In: SIMPÓSIO NACIONAL SOBRE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, 1, 1991, São Paulo. **Anais**. São Paulo: GIDE, 1994. p. 155-68.

DANIEL, L. **Enfermagem: modelos e processos de trabalho**. São Paulo: EPU, 1987.

FARAH, O. G., FUGITA, R. M. I. O planejamento como instrumento básico de enfermagem. In CIANCIARULLO, T. I. **Um desafio para a qualidade da assistência**, São Paulo: Atheneu, 2003, p.99-109.

FOSCHIERA, F.; VIERA, C. S. O diagnóstico de enfermagem no contexto das ações de enfermagem: percepção dos enfermeiros docentes e assistenciais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.06, n.02, p.189-198, 2004. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br>>. Acesso em: 20 maio 2009.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da Assistência de Enfermagem: reflexões sobre o processo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52. 2000, Olinda. **Anais**. Recife: ABEN, 2001.

GORDON, M. **Nursing diagnosis process and application**. 3 ed. St Louis: Mosby, 1994.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/Editora da USP, 1979.

KLETEMBERG, D. F.; MANTOVANI, M. F.; LACERDA, M. R. Entre as teorias e as práticas do cuidar. **Cogitare Enfermagem**. V.9, n.1., 2004.

KRON, T.; GRAY, A. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ações as habilidades de liderança**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994.

LACERDA, Maria Ribeiro; LIMA, Joelma Beatriz Giretti; BARBOSA, Rute. Prática de Enfermagem em transplante de células tronco hematopoiéticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, São Paulo, v. 09, n.01, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a19.htm>>. Acesso em: 02 fevereiro 2009.

NANDA. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações**. 2001-2002. Porto Alegre: Artmed, 2002.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem**. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2003.

NÓBREGA, M. M. L. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA e a teoria das necessidades humanas básicas de Horta**. 1991. 109p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K. L. **Fundamentos do cuidar em Enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEN, 2008, 232p.

ORTEGA, E. T. et al. **Compêndio de Enfermagem em transplante de células tronco hematopoiéticas: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e complicações**. Curitiba: Editora Maio; 2004.

PIMENTEL, A. **O método da análise documental: seu uso numa prática historiográfica**. Cadernos de Pesquisa, 2001.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande Tratado de Enfermagem Prática: Clínica e prática hospitalar**. 3 ed. São Paulo: Santos, 2002.

RISNER, P. B. Nursing diagnosis: diagnostic statements. In: CHRISTENSEN, P. J.; KENNEY, J. W. **Nursing Process: conceptual models**. 4 ed., St Louis, Mosby, 1986.

RIUL S.; AGUILLAR, O. M. Contribuição à organização de serviços de transplante de medula óssea e a atuação do enfermeiro. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto: v.5, n.1, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a06.pdf>>. Acesso em 20 abril 2009.

SAMPAIO, L. A. B. N.; PELLIZZETTI, N. Método científico: instrumento básico de enfermagem. In: CINACIARULLO, T. T. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, 2003.

SANTOS, I.; DOURADO, T. Atividades da enfermeira no processo de trabalho da assistência de enfermagem: cuidados diretos e indiretos ao cliente hospitalizado. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.6, n.0, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/import1/article/view/582/136>>. Acesso em: 10 abril 2009.

SILVA, Lúcia Marta Guinta. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós transplante de medula óssea (TMO): Relato de caso. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.09, n.04, 2001. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 20 fevereiro 2009.

SILVA, S. M., **Sofrimento e organização do trabalho: o caso das enfermeiras do setor de Hematologia clínica e transplante de medula óssea de um Hospital Universitário do Rio de Janeiro**. [Dissertação] Rio de Janeiro: Escola Ana Nery, 2002.

SMELTZE, S.C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2002, v.1.

TABAK, D. G. **Efeitos tardios do transplante de medula óssea**. Prática Hospitalar. V.8, n.45, 2006.

TIMBY, B. K. **Atendimento de Enfermagem: conceitos e habilidades fundamentais.** 6. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2001.

YER, P. W. ; TAPTICH, B. J. ; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo diagnóstico em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ZANEI, S. S. et al. Avaliação: um instrumento básico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência.** São Paulo: Atheneu, 2003. p.111-135.