

---

# MULTIDISCIPLINAR

## MULTIDISCIPLINAR

051

## ATENÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA AS ENFERMIARIAS DAS UNIDADES DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA E HEMATOLOGIA

Galati PC<sup>1</sup>, Moreira ACA<sup>1</sup>, Brandão ECM<sup>2</sup>, Diez-Garcia RW<sup>1</sup><sup>1</sup>Universidade de São Paulo - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto<sup>2</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

**Introdução:** O câncer e o tratamento quimioterápico podem comprometer o estado nutricional do paciente, ocasionando graves implicações prognósticas. O doente que realiza quimioterapia ou transplante de medula óssea (TMO) necessita de um suporte nutricional especializado com objetivo de atenuar o impacto da quimioterapia. **Objetivos:** Apresentar as atividades envolvidas na atenção alimentar e nutricional (AAN) destinadas à pacientes internados nas enfermarias de TMO e de Hematologia, do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCFMRP), as quais visam implementar estratégias e recursos técnicos destinados a melhorar o consumo alimentar desses pacientes. **Métodos:** Foi realizado um levantamento de problemas alimentares e nutricionais junto as enfermarias e por meio de revisão de literatura foram determinadas algumas diretrizes para o programa de AAN. Com base nesse levantamento estão sendo implementados 4 projetos. O planejamento e a implantação dessas ações estão sendo realizados com a parceria entre o Curso de Nutrição e Metabolismo, por meio de atividades de estágio com alunos do 5o. Ano, e a Divisão de Nutrição do HCFMRP. **Resultados:** Foram implementados os seguintes projetos: i. Protocolo específico de AAN, fundamentado em revisão de literatura e em protocolo das Unidades e dentro deste está sendo desenvolvida uma rotina para monitorar as mudanças de composição corporal por Bioimpedância Vetorial, para pacientes submetidos ao TMO; ii. Inclusão de frutas in natura na dieta dos pacientes neutropênicos, com o objetivo de aumentar a ingestão alimentar, principalmente de vitaminas e minerais. Para a efetivação desse projeto foram desenvolvidas duas atividades paralelas: o estudo microbiológico das frutas in natura e um estudo da disponibilidade de tempo para implantação do serviço de higienização de frutas in natura nos procedimentos operacionais padronizados. Após esses estudos foi realizado um treinamento com os funcionários envolvidos com a higienização das frutas. Desse modo, as frutas in natura higienizadas adequadamente já estão sendo oferecidas aos pacientes internados em ambas as enfermarias; iii. Desenvolvimento de suplementos alimentares com características nutricionais e sensoriais específicas para os pacientes com sintomas e manifestações clínicas relacionadas à quimioterapia e neutropenia, para uso no HCFMRP e no domicílio. Como consequência deste projeto está sendo desenvolvido um caderno de instrução nutricional e suplementos alimentares para uso domiciliar desses pacientes; iv. Criação de materiais de orientação que abordam a qualidade da água consumida, procedimentos para diminuir o consumo de agrotóxico, estratégias alimentares para melhorar a qualidade da alimentação, selecionando melhor os produtos industrializados e aumentando o uso de alimentos in natura e estratégias para minimizar as alterações sensoriais provocadas pela quimioterapia. **Conclusão:** A AAN para pacientes em tratamento quimioterápico deve ser instituída de forma eficaz à prevenir complicações relacionadas ao estado nutricional. Para tanto, deve-se criar estratégias para implementação de atividades destinadas à melhoria do atendimento nutricional.

052

## COMPLICAÇÃO NO USO DO CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA NO AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS, RELATO DE CASO

Estevam-Filho W<sup>1</sup>, Codogno L<sup>1</sup>, Bello BEC<sup>1</sup>, Cereco FVM<sup>1</sup>, Monção AM<sup>1</sup>, Guilherme M<sup>1</sup>, Vigorito AC<sup>1</sup>, Aranha FJP<sup>1</sup><sup>1</sup>Hemocentro - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP

**Introdução:** o enfermeiro é um dos profissionais que pode orientar de maneira eficiente o melhor acesso venoso para administração de quimioterápico endovenoso, sendo que atualmente o mais indicado é o uso de Catéter Venoso Central (CVC). **Objetivo:** relatar a fratura de catéter central de Inserção Periférica (CCIP) no ambulatório. **Resultado:** paciente do sexo masculino, 25 anos, portador de leucemia mielóide aguda promielocítica (M3), submetido ao transplante mieloablativo de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico com irmão HLA idêntico. No dia 362 após TCTH foi diagnosticado recidiva em sistema nervoso central (SNC) comprovado por líquido. Para tratar decidiu-se o trióxido de arsênico durante 90 dias consecutivos em atendimento ambulatorial. O paciente já tinha usado um CVC tipo Hickman, sendo de sua preferência a infusão por veia periférica com punção diária. Entretanto, a punção diária não era obtida na primeira tentativa, devido ao déficit de acesso causado pela infusão de quimioterápicos anteriores e flebite química causada pelo trióxido de arsênico, o que agravou a situação do dorso da mão e antebraço do membro superior direito, impossibilitando a punção temporariamente. No d+28 da administração do trióxido de arsênico, o paciente não tolerou mais punções, resultando na instalação de CCIP 4 french com válvula antirefluxo com conexão externa, enfatizando que deveria ter sido instalado no início do tratamento, porém houve recusa do paciente. O aparelho de ultra-sonografia auxiliou na escolha da veia a ser puncionada, sendo obtida na terceira punção a veia basilíca do braço direito. O Rx de tórax confirmou o posicionamento do CCIP, sendo 35 cm de comprimento total e 28 cm do perímetro do braço antes da punção. O CCIP foi diariamente manipulado, sendo realizada assepsia com álcool 70% nas conexões para coleta de exames laboratoriais através de sistema a vácuo e infusão de solução. Realizou-se após cada infusão a assepsia com solução salina 0,9% 10ml em flush e heparinização com 1 ml de solução salina 0,9% 9,8ml e heparina 0,2ml. Além disso, como cobertura e profilaxia de infecção no sítio da punção, realizou-se assepsia com clorexidina alcoólica 2% e oclusão com filme transparente. No d+36 após a instalação do CCIP encontrou-se uma fratura no mesmo, 3 cm antes do ponto de punção. Retirou-se o curativo e após assepsia foi necessário cortar 10 cm do CCIP e trocar o sistema de conexão externa. Se alterou a forma de cobertura com o uso da gaze estéril para proteger o trajeto externo do CCIP e filme transparente. No d+62 se retirou o CCIP após o término do tratamento; 29 cm no perímetro do braço, com aumento de um cm devido atividade física do paciente (musculação), não apresentava flebite no trajeto do vaso e o CCIP tinha 25 cm de extensão. Não havia rompimento, fibrina ou obstrução pela verificação macroscópica e pela coleta de hemocultura e cultura da ponta do CCIP ambas foram negativas. **Conclusão:** o paciente relatou que o CCIP foi a melhor escolha por não restringir as atividades diárias e concomitantemente por não ser submetido a qualquer procedimento cirúrgico. Todavia, esta escolha foi possível porque a equipe de enfermagem estava capacitada para o procedimento e suas intercorrências inerentes.

053

### ESTUDO DO PERFIL NUTRICIONAL PRÉ E PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (TCTH) ALOGÊNICO

Cavalcante TCRR<sup>1</sup>, Scomparim RC<sup>2</sup>, Miranda ECM<sup>1</sup>, Vigorito AC<sup>1</sup><sup>1</sup>Hemocentro - Universidade Estadual de Campinas / UNICAMP<sup>2</sup>Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas / UNICAMP

**Introdução:** O transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas (TCTH alo) mieloablativo pode comprometer o estado nutricional dos pacientes. Essa possibilidade ocorre devido aos efeitos colaterais significativos do condicionamento, em especial os sintomas do trato gastrointestinal e pelo longo período de hospitalização, sendo considerados pacientes de alto risco nutricional. A desnutrição é considerada um fator deletério e já está elucidada em diversos estudos, porém a sociedade vivência um processo de transição nutricional no qual a diminuição gradual da prevalência de desnutrição e do aumento de excesso de peso. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional pré e pós TCTH e suas possíveis correlações com os dados clínicos e de evolução do paciente. **Métodos:** pacientes submetidos ao TCTH alo mieloablativo no período de 2007 a 2011 que tiveram avaliação nutricional pré e pós TCTH. De um total de 75 TCTH alo mieloablativo, 49 (65%) foram elegíveis. **Resultados:** 25 (51%) sexo feminino, mediana de 35 anos (14-56); 35 (71,5%) casos com diagnóstico de leucemia aguda; 11 (22,5%) leucemia mielóide crônica e 3 (6%) mielodisplasia; 19 (39%) casos o status da doença foi avançada; 29 (59%) tiveram como fonte de células o sangue periférico; 12 (24,5%) casos foram a óbito sem alta hospitalar, portanto, sem avaliação. Na avaliação pré TCTH: 4 (8%) estavam desnutridos; 27 (55%) eutróficos e 18 (37%) pré-obesos/obesos. O uso da nutrição parental ocorreu em 37 (75%) dos casos com uma mediana de 10 dias (2-56). Nas medidas pré TCTH, houve alta correlação entre o IMC e prega cutânea tricipital (PCT), circunferência do braço (CB) e circunferência muscular do braço (CMB) 63%, 83% e 50% com  $p < 0,0001$  para todas, respectivamente. A diferença entre o peso pré e pós TCTH teve uma mediana de -2 kg (-14 a +25). Doze (25%) morreram antes de obter alta hospitalar, na avaliação pré e pós TCTH houve 37 (75%) pacientes avaliados. A orientação nutricional surtiu efeito significativo quando cotejada com a classificação do IMC pré e pós TCTH resultando em  $p = 0,004$ . Embora sem significância estatística, percebe-se uma tendência a uma melhor sobrevida global quando paciente classificado pelo IMC no pré TCTH como eutrófico versus pré-obeso/obeso (34% vs 59%  $p = 0,21$ ); da mesma maneira que há uma tendência a pega de granulócitos também ser mais precoce neste grupo. Ao final 23 (47%) estavam mortos, sendo que a maioria das causas foi infecção (10= 44%) e progressão de doença (9= 39%). **Conclusão:** Fica evidente a importância da avaliação nutricional pré TCTH e sua intervenção diante do estado nutricional e como isso pode influenciar nos resultados do mesmo. Assim, podemos observar entre os pacientes classificados como eutróficos e pré-obesos/obesos que houve uma correlação inversa entre o IMC, pega de granulócitos e sobrevida global pós TCTH. Todavia, são necessários mais estudos para esclarecer a associação da elevação do IMC com desfecho clínico em TCTH alogênico.

054

### ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ANEMIA DE FANCONI SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Santos DRD<sup>1,2</sup>, Mercês NNAD<sup>2</sup>, Bonfim CMS<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital de Clínicas - UFPR - Curitiba, PR<sup>2</sup>Programa de Pós Graduação em Enfermagem - UFPR - Curitiba, PR

A Anemia de Fanconi (AF) é uma doença genética de herança autossômica recessiva, caracterizada por falência progressiva da medula óssea e malformações congênitas (80% dos casos). O único tratamento com perspectiva de restaurar a hematopoese na AF é o transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), com maior índice de sucesso para o paciente pouco transfundido e que tenha um irmão HLA - idêntico. O STMO-HC/UFPR já transplantou 254 pacientes desde 1983, configurando-se como uma das maiores experiências mundiais em TCTH para AF. O objetivo deste estudo é descrever o acompanhamento terapêutico ocupacional de crianças e adolescentes com AF hospitalizados para realização de TCTH. Trata-se de pesquisa documental, retrospectiva realizada em prontuários de pacientes pediátricos assistidos no STMO-HC/UFPR, entre junho de 2010 a dezembro de 2011, com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/HC), parecer nº6366. Neste período foram transplantados 25 pacientes com AF e todos receberam acompanhamento terapêutico ocupacional durante a fase de hospitalização. A coleta de dados foi realizada por meio de instrumentos específicos elaborados para esse estudo, sendo um referente ao perfil da criança e o segundo ao acompanhamento dos atendimentos. Os dados de interesse foram: o estado geral do paciente antes do atendimento, as atividades propostas pela terapia ocupacional, queixas clínicas que pudessem interferir no nível de motivação e participação nas mesmas e como o paciente apresentou-se durante o atendimento. Nos prontuários analisados, a idade dos pacientes variou entre cinco e 15 anos, sendo 13 do sexo masculino e 10 do sexo feminino. Com relação ao período de internação em dias, o mínimo foi de 15 e o máximo 90. As atividades propostas foram lúdicas, produtivas e expressivas, respeitando a idade e fase de desenvolvimento da criança, suas características pessoais e seu interesse e disposição para participar das mesmas. De maneira geral, os pacientes mostraram-se receptivos ao contato com a terapia e motivados para o atendimento, durante o qual se apresentavam participativos, demonstrando alto nível de satisfação e humor alegre. Observou-se maior aderência dos meninos em jogos e desafios, enquanto as meninas demonstraram maior interesse na brincadeira simbólica e nas atividades produtivas. As principais queixas apresentadas foram dor abdominal e odinofagia, especialmente entre os dez primeiros dias após a infusão de células-tronco. Na maioria dos casos, esses fatores não interferiram na motivação das crianças para o envolvimento nas atividades propostas, que se mostraram um importante recurso para a redução da dor e do mal estar, além de melhorarem o humor dos pacientes. A sonolência, principalmente relacionada ao preparo para infusão de hemoderivados, foi o fator predominante para a não realização dos atendimentos de Terapia Ocupacional. Com base no exposto, verificou-se a importância da promoção de atividades pelo terapeuta ocupacional no cotidiano hospitalar, de maneira a participar como integrante da equipe de saúde no cuidado integral e humanizado às crianças. Além disso, ressalta-se o valor da realização criteriosa de registros das intervenções que possibilitam a análise da prática profissional, bem como sua transformação e atualização.

055

### FOTOFERESSE NO TRATAMENTO DA DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO CRÔNICA: UM RELATO DE CASO

Cruz LAP<sup>1</sup>, Pinto EC<sup>1</sup>, Barbosa J<sup>1</sup>, Silva NR<sup>1</sup>, Luize PB<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII

**Introdução:** Uma das complicações do transplante de células precursoras hematopoéticas (TCPH) é a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), que ocorre em cerca de 30 a 60% dos pacientes que realizaram transplante alogênico. A DECH ocorre devido a uma reatividade dos linfócitos do doador contra as células do receptor, reconhecendo-as como estranhas. Tal atividade induz a

liberação de processos químicos que resultam em manifestações clínicas envolvendo, principalmente, pele, mucosas e fígado e com menor frequência o trato gastrointestinal. Ela pode ser dividida em aguda e crônica, sendo que a aguda ocorre nos cem primeiros dias pós transplante e a crônica após esse período. Uma das modalidades de tratamento para a DECH crônica é a fototerapia extracorpórea (FEC), sendo que esta é baseada na retirada dos leucócitos do paciente por aférese, no tratamento destes com 8-MOP e radiação UVA e, em seguida, são reinfundidos no paciente. Tal estratégia de tratamento é indicada em casos de linfoma de células T, doenças auto-imunes, rejeição a transplante de órgãos sólidos e doença do enxerto contra hospedeiro crônica. Em especial, a DECH crônica, é comumente tratada com corticosteróides, imunossuppressores e fotoquimioterapia (PUVA) em altas doses e por tempo prolongado, porém, algumas vezes, sem resposta terapêutica e associada a uma alta incidência de complicações infecciosas. Assim, a fototerapia extracorpórea se mostra como uma alternativa para o tratamento da DECH, pois minimiza os efeitos destes tratamentos e busca resultados satisfatórios. **Objetivo:** O objetivo do trabalho é descrever a experiência do primeiro procedimento de fototerapia extracorpórea no tratamento da DECH crônica e a resposta ao tratamento. **Metodologia:** Foi realizada análise do prontuário e relato verbal do primeiro paciente portador de DECH crônica submetido ao tratamento por FEC no Hemonúcleo do Hospital de Câncer de Barretos – Fundação Pio XII. **Relato de caso:** Paciente V. R. L., sexo masculino, 41 anos, branco, casado, procedente do estado de Rondônia, com diagnóstico de Leucemia Mielóide Crônica Acelerada. Em 09/09/2010, recebeu TCTH alogênico aparentado, utilizando como fonte de células-tronco hematopoéticas de sangue periférico (6,41 x 106/kg). Em D+213 foi diagnosticado DECH crônica leve apresentando discreta mancha em lábios e xerostomia; no D+353 foi identificado DECH crônica de fígado e tendão; no D+365 ocorreram alterações dérmicas em dorso, face, coxa, perna, dificuldade para abertura da boca, sendo diagnosticado DECH crônica extensa; no D+384 evoluiu com DECH crônica de pele e fígado apresentando dores em punho e ombro, dificuldade para realizar movimentos e sentar-se; no D+479 identificou-se DECH crônica extensa grave de pele, fígado, pulmão e mucosa. Em 14/03/2012 paciente foi avaliado pela equipe da hematologia para indicação de tratamento de FEC. Em 28/03/2012, foi iniciado tratamento com FEC, no equipamento Therakos, número 30325 e até o momento foram realizadas 21 sessões de um total de 32. Após essas sessões foi observado melhora da mobilidade da pele dos braços, antebraços, dorsos dos membros, face e coxas. **Conclusões:** A FEC contribuiu para a melhora clínica e da qualidade de vida do paciente. Neste panorama cabe ao enfermeiro desenvolver ações educativas sobre a doença e o tratamento proposto, monitorar o processo terapêutico e prestar suporte emocional ao paciente e família.

056

## REVISÃO E ATUALIZAÇÃO DO PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA E CONTROLE NUTRICIONAL NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Zambianco MP<sup>1</sup>, Scomparim RC<sup>2</sup>, Talamoni MS<sup>2</sup>, Souza CA<sup>3</sup><sup>1</sup>Programa de Aprimoramento Profissional da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas<sup>2</sup>Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas<sup>3</sup>Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é uma técnica médica cada vez mais utilizada no tratamento de diversas doenças. Este procedimento implica riscos elevados para o doente e um longo processo de recuperação. Muitas complicações pós transplante têm implicações nutricionais e o suporte nutricional destes pacientes não se resume apenas ao período

de internação. A diminuição da ingestão de alimentos decorre principalmente da terapia de citorredução e os pacientes podem apresentar anorexia, náuseas, vômitos persistentes, hipoguesia, disgeusia, mucosite, diarreia, comprometimento do trato gastrointestinal e consequente ingestão oral insuficiente de nutrientes, com piora do estado geral e nutricional, e a intervenção nutricional pode diminuir a toxicidade e melhorar a sobrevida nestes doentes. As unidades de TCTH desenvolvem protocolos assistenciais com o objetivo de tentar evitar complicações graves ou irreversíveis ao paciente durante a internação. A necessidade de reestruturar e atualizar o protocolo de assistência e controle nutricional da enfermagem de TCTH do Hospital de Clínicas da UNICAMP é de extrema relevância, pois qualifica e sistematiza a assistência, garante a segurança e minimiza os efeitos colaterais comuns a esses pacientes ao longo do tratamento. Os objetivos do trabalho foram revisar e atualizar o protocolo de assistência e controle nutricional da enfermagem de transplante de células-tronco hematopoéticas do Hospital de Clínicas da UNICAMP e fornecer aos nutricionistas e demais profissionais de saúde informações atuais sobre a assistência nutricional necessária ao paciente submetido ao TCTH. Foi realizada busca de material em revistas, periódicos, manuais, teses e livros, da literatura nacional e internacional, utilizando os bancos de dados MEDLINE, LILACS-BIREME, COCHRANE e SCIELO e acervo bibliográfico disponível na biblioteca da Universidade Estadual de Campinas. Como resultado, tem-se um protocolo reformulado onde os seguintes itens foram atualizados e/ou incluídos: introdução, contendo indicações, tipos de transplante e etapas do processo do TCTH; avaliação nutricional pré-TCTH incluindo história, exame físico, medidas corporais e parâmetros bioquímicos; necessidades nutricionais; terapia nutricional enteral e parenteral; importância do uso da glutamina; doença veno-oclusiva hepática; doença do enxerto contra o hospedeiro e acompanhamento nutricional após a alta hospitalar. A atualização e reestruturação de um protocolo se fazem necessárias pela importância em qualificar e sistematizar a assistência, garantindo a segurança e minimizando os efeitos colaterais comuns aos pacientes durante o tratamento. A intervenção precoce, como medida para evitar desfechos desfavoráveis, é de extrema importância, o que mostra a necessidade de estabelecer protocolos de assistência adequados a cada tipo de procedimento levando em consideração as particularidades de cada indivíduo e o propósito de cada intervenção: contribuir para a melhora ou cura do paciente.

057

## OFICINAS DE ATIVIDADES: RECONSTRUINDO O COTIDIANO DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO-HEMATOPOÉTICAS

Prado FAC<sup>1</sup>, Oliveira EA<sup>1</sup>, Mastropietro AP<sup>2</sup>, Santos MAD<sup>1</sup><sup>1</sup>Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo<sup>2</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

**Introdução:** O Transplante de Medula Óssea (TMO) é um procedimento de alta complexidade, cujo desenvolvimento permitiu o tratamento de doenças que anteriormente eram fatais. De acordo com as características da clientela atendida no HC-FMRP-USP e o tipo de serviço oferecido, mostrou-se necessário uma estruturação de grupos de atividades com a finalidade primordial de estimular a capacidade produtiva, socialização, expressão e troca de experiências, além de funcionar como um espaço de aprendizado para profissionais em formação. **Objetivo e Método:** O objetivo do presente projeto é descrever o funcionamento de tais grupos na casa de apoio ao transplantado de medula óssea (GATMO). Vale

ressaltar que estes grupos não estão sendo propostos com caráter profissionalizante, pois não visam o treinamento de habilidades específicas para o exercício de uma função profissional. As oficinas terapêuticas do GATMO são realizadas semanalmente, são coordenadas por estagiários, e bolsistas, da psicologia e da terapia ocupacional e são frequentadas por pacientes e acompanhantes (mínimo de quatro, máximo de 12 pessoas). **Resultados e Discussão:** Os resultados obtidos até o momento evidenciam que as produções dos usuários extrapolam o espaço dos grupos, uma vez que as atividades são realizadas também em outros contextos e – o que parece ser o dado mais importante – resgatando a capacidade produtiva ao permitir ao paciente desempenhar outras atividades e ampliar seu repertório ocupacional. Considerações finais: As oficinas têm como objetivo possibilitar um espaço/lugar de referência aos pacientes onde possam produzir, criar, expressar, ter um convívio em grupo, estar junto com pessoas com o projeto de fazer alguma atividade, ver e viver suas limitações e potencialidades. Experimentar um fazer junto e dar possibilidade do paciente se relacionar com pessoas diferentes. Isso repercute, em última instância, em uma melhor adesão ao tratamento, além de favorecer a reconstrução do cotidiano do transplantado. **Palavras-chave:** grupo, terapia ocupacional, transplante de medula óssea, capacidade produtiva.

058

### ESPIRITUALIDADE COMO FONTE DE APOIO AO FAMILIAR NO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Freitas IS<sup>1</sup>, Oliveira-Cardoso EA<sup>2</sup>, Santos MAD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FFCLRP-USP

<sup>2</sup>HCFMRP-USP

A religiosidade e a espiritualidade constituem relevantes fontes de suporte emocional. Atualmente, tem-se observado uma abertura à integração entre ciência e religião, um diálogo necessário ao bem estar da sociedade e, estudos recentes apontam para a importância de se associar a religiosidade e a espiritualidade à experiência do cuidar médico e psicológico. A prática de uma religião apresenta-se ao paciente como uma estratégia que ameniza e legitima a incerteza diante da doença crônica. Mais especialmente, em relação ao câncer, observa-se maior recorrência à religiosidade, bem como surgem reflexões acerca da terminalidade. O presente estudo possui por objetivo investigar a importância exercida pela religiosidade e pela espiritualidade na vida do familiar de um indivíduo submetido ao transplante de medula óssea. Foram realizadas entrevistas com seis mães de pacientes hospedados na casa do Grupo de Apoio ao Transplantado de Medula Óssea (GATMO), na cidade de Ribeirão Preto, SP. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra e literalmente e analisadas qualitativamente, através da análise de conteúdo temática. Como resultados, obteve-se que, apesar das diferentes crenças, a religiosidade se apresenta como uma base de apoio ao enfrentamento da doença e do tratamento, e relaciona-se à expectativa de cura e aos modos de organização da vida, na sobrevivência do paciente, além de possibilitar que algo de positivo seja extraído da situação de sofrimento.

059

### O BRINCAR NO STMO: INTERFACE ENTRE PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL

Santos DRD<sup>1</sup>, Paveukiewicz P<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Transplante de Medula Óssea - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

O processo de TCTH representa para a criança ruptura em seu cotidiano, englobando aspectos físicos, psicossociais e ocupacionais. Isto se deve a características do tratamento, como restrições

alimentares, de convívio (isolamento protetor), de uso de objetos pessoais que a identificam e de pessoas significativas para ela. O psicólogo e o terapeuta ocupacional integram a equipe multidisciplinar do Serviço de Transplante de Medula Óssea de um hospital público do Paraná. Em suas práticas, esses profissionais têm o brincar como principal instrumento de trabalho. Entende-se o brincar como uma atividade subjetiva, espontânea e prazerosa que possibilita a descoberta, a criatividade e a autoexpressão. Está relacionado ao ser da criança e ao seu desenvolvimento saudável. Tendo em vista o uso terapêutico do brincar por ambas as profissões, esse trabalho tem como objetivo verificar o que é comum e o que é específico na intervenção do psicólogo e do terapeuta ocupacional. Para tanto, os resultados do estudo baseiam-se na experiência prática das autoras e em revisão de literatura sobre o tema. Nos achados da pesquisa, observou-se tanto na literatura, quanto na prática que ambas as profissões percebem o brincar como um recurso multidisciplinar para o enfrentamento e elaboração de situações ameaçadoras e dolorosas presentes no cotidiano hospitalar e no processo de TCTH. A literatura apontou que, para a Psicologia, o brincar desempenha um papel de linguagem para a criança, em que esta formula e assimila aquilo que vivencia. O brincar representa um canal de resolução de medos, superação de desafios e crescimento. A atividade lúdica facilita o diálogo e o encontro afetivo com a criança. Sendo assim, na escuta da criança, o brincar serve para o psicólogo como uma forma de ouvir, observar e conhecer a criança e as representações simbólicas que ela dá às situações de vida pelas quais passa, inclusive situações relacionadas à saúde ou à doença. Na prática profissional da autora utiliza-se o brincar para que seja possível desvelar a subjetividade da criança, com seus medos, angústias, fantasias a respeito da hospitalização e de seu momento de vida. Nesse ponto, cabe ao psicólogo fazer uma leitura do contexto da criança, através de entrevistas com seus pais, resgatando os modos de enfrentamento utilizados pela criança e pela família anteriormente. Na Terapia Ocupacional, o brincar é percebido como a modalidade privilegiada de intervenção, sendo compreendido como o papel ocupacional da criança, que abrange as principais atividades diárias de um indivíduo. O terapeuta ocupacional estimula a criança a brincar de forma livre e espontânea, concebendo-o como uma atividade que tem um fim nela mesma e auxilia a criança a perceber que pode transformar objetos e situações por meio da brincadeira. O cuidador é encorajado a brincar com a criança, para que a atividade lúdica seja mantida, melhorando o ambiente físico e interpessoal do hospital e contribuindo para atenção integral à saúde da criança. A autora tem como um dos principais objetivos de sua intervenção contribuir para a manutenção do papel ocupacional da criança durante o processo de hospitalização. Isso ocorre através do provimento de brinquedos e materiais passíveis de assepsia e adequados à faixa etária e características individuais da criança, além do estímulo à brincadeira durante os atendimentos, em que a terapeuta assume uma atitude lúdica.

060

### PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE CATETER DE HICKMAN

Modesto AP<sup>1</sup>, Colaco R<sup>1</sup>, Assis G<sup>1</sup>, Oliveira E<sup>1</sup>, Lima DH<sup>1</sup>, Simão S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HC-UFPR

**Introdução:** A indicação do uso de Cateter de Hickman em pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea (TMO) ocorre principalmente por dispensar a punção percutânea, facilitar a administração de fármacos irritantes como os quimioterápicos, a administração de soluções com elevada osmolaridade, a administração de fármacos de forma prolongada e simultânea, durante vários dias ou semanas, a realização periódica de coletas de sangue, administração de transfusões e aféreses e garantir a infusão da medula

óssea sem comprometer o enxerto. O cuidado de pacientes com alterações hematológicas portadores do cateter de Hickman pode ser bastante desafiador para os enfermeiros. Este desafio justifica-se tanto pela presença deste corpo estranho como pelas alterações relacionadas aos distúrbios sanguíneos variados, como por exigirem um cuidado meticuloso no tratamento para evitar a deterioração e as complicações a ele inerentes. A exemplo de outros pacientes, o portador de alterações hematológicas requer uma assistência de enfermagem especializada na qual a equipe o veja nas dimensões bio-psico-social. Desse modo, ele se transforma no centro de suas intervenções, com vistas à sua adaptação e ao autocuidado. Para atingir estes objetivos, torna-se evidente a necessidade de que os enfermeiros conheçam profundamente as características, os sinais e sintomas, tipos de tratamentos, efeitos colaterais e os cuidados de enfermagem que podem ser prestados, pois os enfermeiros, como membros da equipe de saúde, assumem função vital na recuperação do paciente. Para melhor elaborar o plano de cuidado a estes pacientes com necessidades tão específicas, se faz necessário identificar os possíveis diagnósticos de enfermagem para realizar o cuidado adequado do Cateter de Hickman. **Objetivo:** Reconhecer na taxionomia NANDA® (2009/2011) os principais diagnósticos de enfermagem relacionados ao cuidado do paciente com o Cateter de Hickman. **Metodologia:** Este estudo caracteriza-se como Revisão Bibliográfica temática e de atualização onde, a definição do tema, as questões de pesquisa, os objetivos e sua implementação são atividades a serem desenvolvidas e estão concomitantemente ligadas ao trabalho cotidiano. **Resultados:** Com base na Taxonomia II da Nanda foram elencados 10 diagnósticos de enfermagem conforme segue: Risco de sangramento, Distúrbios da identidade pessoal, Risco de baixa autoestima situacional, Ansiedade, Risco de Infecção, Integridade da pele prejudicada, Risco de trauma vascular, Conforto prejudicado, Dor aguda, Isolamento social. De acordo com cada diagnóstico identificado foram construídas as Intervenções de Enfermagem com base na taxionomia NIC e evidenciadas as avaliações conforme a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). **Considerações Finais:** A aplicação do diagnóstico de enfermagem possibilita a elaboração de um plano de cuidados específicos e qualificados, o que se reflete numa assistência de enfermagem que garante a manutenção e a promoção da saúde do paciente em tratamento de transplante de medula óssea.

## 061

### PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE MUCOSITE ORAL, OROFARÍNGEA E GASTROINTESTINAL EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA – REVISÃO DE 22 CASOS.

Fernandes KS<sup>1,2</sup>, Queiroz PM<sup>1,2</sup>, Gordan LN<sup>1,2</sup>, Trigo FC<sup>1,2</sup>, Rumiato AC<sup>1,2</sup>, Ito FA<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina

<sup>2</sup>Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

As mucosites oral, orofaríngea e gastrointestinal, são complicações decorrentes da quimioterapia mielossupressora em pacientes submetidos a Transplante de Medula Óssea. O objetivo deste trabalho é avaliar a ocorrência e a gravidade dessas mucosites em 22 pacientes submetidos a transplante autólogo de medula óssea, durante o período de Setembro de 2010 a Janeiro de 2012. Como protocolo do atendimento odontológico, os pacientes foram orientados quanto à importância da manutenção da saúde oral e receberam tratamento odontológico prévio com a finalidade de adequação do meio, eliminando focos infecciosos. Como medidas de profilaxia à mucosite oral e orofaríngea, foram realizadas crioterapia durante a quimioterapia, laserterapia de baixa potência e reforço da higiene oral. A equipe de nutrição realizou orientação quanto à dieta necessária aos pacientes e utilizou protocolos para a prevenção e minimização da mucosite gastrointestinal, com su-

plementação do aminoácido Glutamina e imunomoduladores. Do total de 22 pacientes, 12 (54,5%) eram do gênero masculino e 10 (45,4%) do gênero feminino, a média de idade foi de 50 anos. Em relação à presença de mucosite, 7 (31,8%) apresentaram mucosite oral, 7 (31,8%) manifestaram mucosite orofaríngea e todos os pacientes (100%), apresentaram mucosite gastrointestinal. A maioria dos casos de mucosite oral (85%) apresentou-se como eritema assintomático, grau 1 (OMS) portanto foram realizadas apenas medidas preventivas e manutenção da higiene oral, enquanto somente 15% desenvolveram mucosite oral ulcerada grau 2 (OMS), no qual a terapêutica utilizada foi a laserterapia e bochechos com Vitamina E. Para alívio na sintomatologia dolorosa da mucosite orofaríngea os pacientes realizaram bochechos com lidocaína spray diluída em água antes das refeições. A fim de minimizar a mucosite gastrointestinal, os pacientes foram medicados com protetores gástricos e a equipe da nutrição forneceu uma dieta sem lactose, com menor quantidade de gordura e manteve a suplementação com Glutamina. A manifestação da mucosite é uma complicação aguda importante, pois pode ocasionar o aumento na suscetibilidade a infecções sistêmicas, dor, desnutrição e outras complicações que podem levar à modificação ou interrupção do tratamento oncológico. Portanto, a equipe multiprofissional deve atuar na prevenção e minimização de complicações das mucosites, possibilitando a melhora da qualidade de vida do paciente.

## 062

### INTERVENÇÕES PARA MUCOSITE BUCAL: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Machado LE<sup>1</sup>, Silveira RCCP<sup>1</sup>, Garbin LM<sup>1</sup>, Braga FTMM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Uma complicação comum do tratamento quimioterápico e/ou radio-terápico é a mucosite bucal, sendo apontada pelos pacientes como um dos efeitos adversos mais desconfortáveis. Ademais pode ser uma porta de entrada para microrganismos da cavidade bucal para a corrente sanguínea, podendo comprometer o estado de saúde geral do indivíduo em tratamento clínico. Medidas para reduzir a incidência e gravidade desta complicação têm sido investigadas e apresentadas na literatura científica. Esta revisão integrativa da literatura teve como objetivo identificar as intervenções para o tratamento da mucosite bucal em pacientes oncológicos. Para a seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados LILACS e BDNF e as palavras chaves quimioterapia, mucosite e tratamento. Foram incluídos artigos que abordassem o uso de alguma intervenção para o manejo da mucosite, escritos em inglês, espanhol ou português e publicados nos últimos cinco anos. Foram identificadas 32 citações bibliográficas, das quais 25 não atenderam aos critérios de inclusão. Desta forma, a amostra foi constituída por sete artigos. Quanto ao nível de evidência, quatro artigos foram classificados no nível 2 (ensaio clínico randomizado controlado), dois no nível 3 (ensaios clínicos bem delineados, sem randomização) e um estudo no nível 5 (descritivo). Em relação ao tratamento em quatro artigos os sujeitos foram submetidos a quimioterapia e radioterapia e em três somente a quimioterapia. As intervenções investigadas nos estudos foram: aplicação do laser (n=5), protocolo de cuidados bucais, sendo este constituído pela avaliação periódica da cavidade e orientação sobre a higiene bucal (n=1) e suplementação via oral com selênio (n=1). Os resultados obtidos apontam para eficácia do protocolo de cuidados bucais na redução da incidência e gravidade da mucosite. Em relação à utilização de selênio os resultados obtidos não evidenciaram mudança estatisticamente significante tanto na incidência quanto na intensidade da mucosite quando comparado com o grupo controle que utilizou vitamina E. Dos cinco artigos que utilizaram laser, três apresentaram resultados significativos incluindo o retardo do aparecimento da mucosite, redução da sua frequência e intensidade e promoção do alívio da dor. Em contrapartida, dois artigos

não apresentaram evidências significativas na utilização de laser. A força das evidências obtidas nos estudos avaliados é elevada, sendo que o laser e o protocolo de cuidado bucal mostraram ser efetivos na redução da incidência e intensidade da mucosite bucal. Contudo, ressalta-se que novos estudos necessitam ser realizados com intervenção semelhantes (cumprimento de onda e potência) para suportar o uso do laser na prática clínica.

## 063

### IMPLANTAÇÃO DE REQUISITOS DA QUALIDADE E BIOSSEGURANÇA EM UM LABORATÓRIO DE HISTOCOMPATIBILIDADE DE SÃO PAULO

Ramos FS<sup>1</sup>, Rapanello EG<sup>1</sup>, Peres VP<sup>1</sup>, Kiyamu AR<sup>1</sup>, Silva EF<sup>1</sup>, Saito MH<sup>1</sup>, Vergueiro CSV<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Irmãdade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo*

**Introdução:** Inúmeros questionamentos têm sido feitos com relação à qualidade dos serviços de saúde. Os mesmos têm sua origem na comparação entre conhecimento na área médica e a evolução da qualidade dos serviços prestados aos pacientes, visando melhoria e crescimento. Em resposta, inúmeras iniciativas foram implantadas com a intenção de melhorar os processos. Entre essas iniciativas estão a utilização de ferramentas já empregadas em outros setores, como Gestão da Qualidade e Redesenho de Processos.

Outra iniciativa utilizada pela área médica são as creditações ou certificações específicas para os serviços de medicina diagnóstica, onde a acreditação representa o reconhecimento formal da competência desse laboratório em realizar ensaios em estudos específicos. É o resultado da confiança na qualidade dos procedimentos da empresa. A preocupação com a Qualidade está deixando de ser um diferencial para se tornar um pré-requisito básico. **Objetivo:** Descrever a experiência, identificar fatores dificultadores e facilitadores na implantação do Sistema da Qualidade, visando acreditação para Laboratórios de Histocompatibilidade. **Material e Métodos:** Foram discutidas e analisadas todas as Portarias nas quais nos adequaríamos e criado um Plano de Ação acompanhando os seguintes itens: visita a um laboratório que já foi implantado um programa de qualidade; identificamos a infra-estrutura e o RH (setores externos ao laboratório) que precisaríamos para implantar as mudanças; solicitamos apoio da Informática, do Gestor, da Engenharia Clínica e da manutenção; criadas condições adequadas, tempo para desenvolvimento do trabalho pelo grupo do laboratório, estímulo (benefício) para envolver todos os integrantes do laboratório feita divisão de tarefas e responsabilidades reuniões mensais de acompanhamento do desenvolvimento do plano. Com isso, estabelecemos objetivos, identificamos perigos, avaliamos riscos, implementamos padrões de desempenho e desenvolvemos uma cultura positiva em relação ao programa. **Resultados:** Cada área do Laboratório, dividido em: administrativa, Pré-PCR, Pós-PCR e Sorologia, foi adequada quanto as documentações da Qualidade, Biossegurança, conforme NBR ISO 9001:2000, RDC nº61 (ANVISA), Portaria GM2600. Com os conhecimentos adquiridos, alcançamos: envolvimento e integração dos funcionários; readequação e reorganização do espaço físico; implantação da qualidade total; elaboração de procedimentos garantindo a competência e importância do trabalho de cada um; conscientização na utilização dos EPIs e EPCs; acondicionamento e armazenamento dos reagentes químicos. **Conclusão:** A implantação do Sistema da Qualidade só é possível com o envolvimento de toda equipe. Foi necessário apoio da instituição, pois há custo envolvido na reorganização da infra-estrutura. É necessário um grande esforço com revisão das documentações, implementação de novas planilhas e avaliação de resultados. Vantagens percebidas são controle do processo, maior confiabilidade nos resultados e busca de melhoria contínua. O sucesso na gestão da qualidade e segurança no trabalho depende de uma política de qualidade e segurança efetiva que se conquista com pessoal envolvido e comprometido.

## 064

### QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 DOIS ANOS APÓS O TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Marques LAS<sup>1</sup>, Oliveira-Cardoso EA<sup>2</sup>, Voltarelli JC<sup>2</sup>, Santos MAD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo*

<sup>2</sup>*Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*

O transplante de células-tronco hematopoéticas tem surgido como alternativa ao tratamento de doenças autoimunes como artrite reumatóide, esclerose múltipla e diabetes mellitus tipo 1. No diabetes mellitus tipo 1, uma síndrome de etiologia múltipla, o transplante de células-tronco hematopoéticas, na sua modalidade autóloga, tem sido utilizado como alternativa ao tratamento convencional (insulinoterapia), já que este retarda, mas não elimina as consequências da doença como disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Apesar disso, o transplante é um procedimento altamente invasivo que acarreta repercussões intensas na qualidade de vida desses pacientes exigindo dos mesmos uma readaptação à essas repercussões. O presente estudo teve por objetivo avaliar a qualidade de vida de participantes com diabetes mellitus tipo 1. Participaram do estudo 22 pacientes que foram submetidos consecutivamente ao transplante de células-tronco hematopoéticas na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, no período de 2006 a 2008. Para a coleta de dados foi utilizado o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida – Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). As avaliações ocorreram em três momentos distintos: na admissão do paciente, um ano após a realização do procedimento e dois anos após o transplante no retorno ambulatorial. A análise do instrumento aconteceu de acordo com as recomendações específicas preconizadas pela literatura. Os resultados obtidos mostraram, que para a maioria dos participantes deste estudo, após um ano do procedimento, os índices de qualidade de vida melhoraram significativamente principalmente os domínios Aspectos Físicos ( $p=0,0003$ ), Estado Geral de Saúde ( $p=0,0142$ ), Aspectos Sociais ( $p=0,0018$ ) e Aspectos Emocionais ( $p=0,0316$ ). Decorrido dois anos, o transplante teve um impacto também positivo sobre a qualidade de vida principalmente nos domínios Aspectos Físicos ( $p<0,0001$ ), Aspectos Sociais ( $p=0,0235$ ) e Aspectos Emocionais ( $p=0,0270$ ). Tais resultados podem representar uma possibilidade de retomada da vida e dos planos futuros que foram interrompidos por uma doença crônica que impunha inevitáveis dificuldades e limitações para esses participantes. Os resultados deste estudo oferecem subsídios para a equipe multidisciplinar de saúde refletir sobre as implicações dessa terapêutica inovadora em aspectos essenciais da vida do participante que vão além da dimensão biomédica, considerando as repercussões sobre sua qualidade de vida e ajustamento psicossocial.

## 065

### GENETIC POLYMORPHISM OF IL8 AND SUSCEPTIBILITY TO PERIODONTITIS

Sippert EA<sup>1</sup>, Ayo CM<sup>1</sup>, Rodrigues C<sup>1</sup>, Silva COE<sup>1</sup>, Visentainer JEL<sup>1</sup>, Sell AM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Universidade Estadual de Maringá*

Interleukin-8 (IL-8) is a potent chemoattractant and activator of neutrophils in inflammatory regions and is relating to the initiation and amplification of acute and chronic inflammatory processes. Polymorphisms in the IL8 gene have been associated with in-

inflammatory diseases. In the periodontal tissue, neutrophils are the first line of defense against periodontopathic bacteria, and play an important role in pathogenesis of periodontitis. The aim of this study was to investigate the effect of single nucleotide polymorphisms (SNPs) of the IL8 gene at -353 A/T and -845 T/C, as well as their haplotypes, on the risk of periodontitis in Brazilians. Blood were collected from 173 unrelated individuals (control, 89; periodontitis, 84) living in North/Northwest of Parana State, South of Brazil. Genomic DNA was extracted from peripheral blood leukocytes by a salting out procedure or EZ-DNA. SNPs were investigated using the methods of polymerase chain reaction-restriction fragment length polymorphism (PCR-RFLP) and the products were electrophoresed on 2% agarose gel. The frequencies were determined by direct counting and the comparisons of allele frequencies were analyzed in 2x2 contingency tables using the chi-square test with Yates' correction or Fisher's Test. To estimate the disease risk, odds ratio and 95% confidence interval were calculated. Statistical analyses were performed using the SISA statistics software program. The Hardy-Weinberg equilibrium was achieved by calculating the expected genotype frequencies and comparing them to the observed values. There were no differences between cases and controls concerning age and gender. Significant susceptibility with periodontitis were observed in Brazilian black individuals (OR: 3.7; CI: 1.22 - 13.60) and in individuals with smoking behavior (OR: 3.3; CI: 1.78 - 6.35). No SNPs showed different distribution between control and periodontitis groups, and no haplotypes had association to protection or susceptibility. The allele A of the SNP-353 has been associated to higher IL8 production. In patients with aggressive periodontitis, the genotype and allele of SNP -353A were more frequent, and genetic predisposition to periodontitis could be related to AT/AC and AC/AC genotypes present only in patients. The SNPs -353 A/T and -845 T/C, in the promoter region of the IL8 gene, were not associated with susceptibility to periodontitis in Brazilian individuals. More investigation will be done in order to understand the role of IL8 in periodontitis pathogenesis.

066

#### LESÕES BRANCAS DA MUCOSA BUCAL PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICAS: ESTUDO HISTOPATOLÓGICO E IMUNO-HISTOQUÍMICO

Soares TCB<sup>1</sup>, Dubugras TT<sup>1</sup>, Shcaira VRL<sup>1</sup>, Correa MEP<sup>1</sup>, Cintra ML<sup>1</sup><sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas

**Introdução:** A leucoplasia oral (LO), considerada uma lesão com potencial para malignização, é definida como uma placa ou mancha branca que não corresponda, clínica ou histopatologicamente, a qualquer doença conhecida. O desenvolvimento de tumores malignos secundários tem sido reconhecido como complicação grave pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). As LOs, de aparecimento tardio nos pacientes tratados pelo TCTH têm sido relatadas, porém pouco estudadas. **Objetivos:** Descrever as características morfológicas e a expressão de COX-2 e Ki67 das leucoplasias orais em pacientes pós TCTH. **Pacientes e Métodos:** 16 pacientes tratados por TCTH mieloablativo, de doadores aparentados com HLA idêntico, que desenvolveram lesões leucoplásicas tardiamente após o transplante foram estudados. Biópsias de 26 pacientes cujo diagnóstico clínico e histopatológico foi negativo para GVHD e leucoplasia compuseram o grupo controle. Cortes histológicos corados por H&E foram analisados por três observadoras. As células dos cortes marcados por imunohistoquímica com anticorpos COX-2 e Ki67 foram quantificadas com o uso do software Imagelab<sup>®</sup>. Os resultados foram analisados de forma descritiva e pelo teste de Mann-Whitney. **Resultados:** As lesões analisadas se caracterizaram pela presença de acantose

e hiperqueratose (100% e 94% respectivamente). Também foram observadas papilomatose (44%) e coilocitose (44%). Células epiteliais atípicas e fibrose do tecido conjuntivo foram observadas em 12,5% dos casos e infiltrado inflamatório em 56%, na maioria linfocítica (38%). Em nenhum dos casos, os achados microscópicos foram suficientes para estabelecer diagnóstico de GVHD segundo critérios estabelecidos pelo National Institutes of Health. Por meio da técnica de imuno-histoquímica foi observado aumento numérico de células Ki67+ nas leucoplasias analisadas (média: 640,38 cel+/mm<sup>2</sup>) em relação ao grupo controle (média: 348,73 cel+/mm<sup>2</sup>), p<0,0001. Em contrapartida não houve diferença significativa entre os dois grupos, quando as amostras marcadas pela COX-2 foram analisadas. **Discussão e Conclusão:** Dados da literatura mostram superexpressão da COX-2 e do Ki67 nas leucoplasias orais clássicas (de pacientes que nunca receberam o TCTH). Contudo, nós só encontramos aumento da expressão do Ki-67, possivelmente como reflexo da regeneração epitelial pós GVHD. Embora não fossem observados achados morfológicos suficientes para o diagnóstico de GVHD, nossos resultados permitem aventar a hipótese de que estas lesões leucoplásicas pós TCTH representem uma forma tardia da GVHD e, eventualmente, não sejam precursoras dos carcinomas que se desenvolvem no período tardio do transplante.

067

#### DOENÇA DO ENXERTO CONTRA O HOSPEDEIRO CRÔNICA APÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: AS ALTERAÇÕES HISTOLÓGICAS E IMUNO-HISTOQUÍMICAS DAS GLÂNDULAS SALIVARES MENORES PODEM SER PREDITIVAS DAS DO FÍGADO

Soares TCB<sup>1</sup>, Cintra ML<sup>1</sup>, Miranda ECM<sup>1</sup>, Escanhoela CAF<sup>1</sup>, Correa MEP<sup>1</sup><sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas

**Introdução:** A doença do enxerto contra o hospedeiro (GVHD), do inglês graft versus host disease) crônica pós transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é uma desordem auto e aloimune multisistêmica caracterizada por desregulação imunológica, imunodeficiência e perda de função dos órgãos. **Objetivos:** Comparar as subpopulações de células inflamatórias em amostras glândulas salivares menores (GSM) e fígado de pacientes com GVHD crônica pós TCTH e identificar alterações histológicas em GSM que podem ser preditivas da gravidade do acometimento da GVHD no fígado. **Materiais e Métodos:** Biópsias de GSM e fígado de 36 pacientes foram estudadas. Os pacientes foram tratados com TCTH mielo-ablativo, de doadores aparentados com HLA idênticos. Cortes histológicos foram corados por H&E e pela técnica de imuno-histoquímica para os anticorpos CD45, CD4, CD8, CD138, e CD68. Imagens digitais foram analisadas pelo uso do software Imagelab<sup>®</sup>. **Resultados:** Alterações clínicas decorrentes da GVHD na cavidade bucal foram prévias ou, pelo menos simultâneas às alterações hepáticas (clínicas e laboratoriais). O diagnóstico 3 ou 4 de GVHD hepático de acordo com o NIH foi correlacionado com o aumento 2 vezes maior que o limite normal dos níveis séricos de ALT, AST e FA. Uma correlação positiva foi encontrada entre a proporção relativa de células imuno-marcadas para CD4, CD8 e CD45 em amostras de biópsias de GSM e fígado. O aumento do número de células CD45+ e CD138+/mm<sup>2</sup> no espaço porta foi correlacionado com os diagnósticos 3 ou 4 de GVHD hepático. O aumento do número relativo de células CD45+ e a diminuição de células CD8+ em GSM foi preditivo da gravidade das alterações histológicas da GVHD no fígado. **Conclusão:** O infiltrado mononuclear em GSM reflete aquele observado no fígado. Considerando o conjunto de alterações clínicas e laboratoriais, as biópsias em GSM, as quais são facilmente obtidas, podem ajudar a estimar alterações hepáticas em pacientes com GVHD.

068

### ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE DOENÇA DE CHAGAS E POLIMORFISMOS DOS GENES HLA

Ayo CM<sup>1</sup>, Reis PG<sup>1</sup>, Oliveira CF<sup>1</sup>, Sippert EA<sup>1</sup>, Zaghi FC<sup>1</sup>, Dalálio MMO<sup>1</sup>, Visentainer JEL<sup>1</sup>, Sell AM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Maringá

A tripanossomíase americana ou doença de Chagas é uma antroponose de larga distribuição no continente americano, acometendo aproximadamente dez milhões de pessoas. A doença é caracterizada por fases aguda e crônica, porém seu curso de evolução pode ser influenciado tanto pela variabilidade genética e biológica do parasita quanto do hospedeiro, gerando manifestações clínicas distintas na qual o indivíduo pode desenvolver as formas indeterminada, cardíaca e/ou digestiva. A suscetibilidade a doenças infecciosas pode acontecer devido às diferenças individuais em alguns estágios do sistema imune, assim, os marcadores genéticos tem tido um importante papel nesta área, tendo em vista que a expressão clínica dessas infecções é extremamente variável. A proposta deste estudo foi determinar as frequências alélicas e haplotípicas dos locos HLA-A, B, C, DRB1, DQA1 e DQB1, em pacientes e controles de uma população do Norte/Noroeste do Paraná, Sul do Brasil. Participaram desta pesquisa 54 indivíduos não aparentados (22 homens e 32 mulheres, com idade média de 59,37 anos) com diagnóstico confirmado para Chagas e um grupo controle de 54 indivíduos não aparentados (35 homens e 19 mulheres, com idade média de 49,17 anos), cujo exame sorológico para detecção de anticorpos contra Chagas resultou em negativo. Pacientes e controles foram classificados como uma população de grupo étnico misto, levando em consideração a composição da população do Paraná que é predominantemente de origem europeia (80,6%), com uma contribuição genética pequena, mas significativa de Africanos (12,5%) e Ameríndios (7,0%). O DNA foi extraído pela técnica de Salting out e a genotipagem HLA foi realizada pela técnica PCR-SSOP (polymerase chain reaction - sequence specific of oligonucleotides probes). O equilíbrio de Hardy-Weinberg e as frequências alélicas e haplotípicas foram determinadas pelo programa Arlequin versão 3.1 e a comparação dessas frequências entre os dois grupos foram analisadas em tabela de contingência 2x2 usando o teste qui-quadrado com correção de Yates ou teste de Fisher. Odds Ratio (OR) e o intervalo de confiança (IC - 95%) foram calculados para verificar as estimativas de associação utilizando o programa SISA. A distribuição dos alelos HLA para os locos analisados estavam em equilíbrio de Hardy-Weinberg ( $p > 0,05$ ). A prevalência do alelo HLA-B\*08 foi estatisticamente significativa no grupo de pacientes, mostrando estar associado com a suscetibilidade à doença de Chagas ( $p = 0,0291$ ; OR: 4,38; CI: 1,20-15,97). Uma frequência significativamente aumentada do haplótipo HLA-A\*02-B\*08-C\*07-DRB1\*03-DQA1\*05-DQB1\*02 foi observada no grupo de pacientes, sugerindo possível suscetibilidade à infecção chagásica ( $p = 0,05$ ; OR: 9,3; CI: 0,47-175,1). Os resultados sugerem que genes HLA classe I e classe II podem estar associados com suscetibilidade à doença de Chagas em indivíduos do Norte/Noroeste do Paraná.

069

### INCIDÊNCIA DAS TOXICIDADES E O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS AUTOGÊNICO (TCTHA) COM ALTA HOSPITALAR PRECOCE - ESTUDO LONGITUDINAL DE 100 PACIENTES

Barban A<sup>1,2</sup>, Coracin FL<sup>1,3</sup>, Barban A<sup>4</sup>, Musqueira PT<sup>1</sup>, Dulle FL<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>3</sup>Universidade Nove de Julho - Uninove

<sup>4</sup>Hospital Inglês "Charles Miller"

A alta hospitalar precoce consiste na internação do paciente para receber o condicionamento e a infusão das células-tronco hematopoieticas (CTH), seguido de alta da internação para seguimento ambulatorial. Esta modalidade foi viabilizada a partir da diminuição das complicações no período de aplasia, do regime de condicionamento e da mortalidade, isto se deve ao uso da fonte periférica para obtenção das células-tronco hematopoieticas, uso de fatores de estímulo de colônia de granulócitos, enxertia de granulócitos mais precoce, melhora dos esquemas e antimicrobianos profiláticos e da modernização dos dispositivos intravenosos. No período pós-TCTH, o paciente recebe o cuidado e manejo multiprofissional no ambulatório desde o período de aplasia medular, durante o período de ocorrência das toxicidades ao regime de condicionamento, até a enxertia medular. Os regimes de condicionamento são constituídos por altas doses de quimioterapia e correspondem a cerca de 20% da mortalidade relacionada ao pós-TCTH. Os cuidados de enfermagem ambulatorial são de suma importância em todas as etapas do TCTH relacionado com a orientação, vigilância e cuidados específicos ao paciente transplantado, fundamentais até a alta do Serviço no que tange a saúde, imunidade e até aspectos culturais e de higiene. O objetivo deste trabalho foi identificar a incidência das toxicidades e os cuidados de enfermagem no manejo e/ou prevenção de seu agravamento em regime ambulatorial. Foi realizado um estudo retrospectivo longitudinal, cuja coleta de dados compreendeu o período entre janeiro a novembro de 2009; a partir de 100 prontuários consecutivos de pacientes portadores de mieloma múltiplo ( $n=45$ ), linfoma não Hodgkin ( $n=25$ ), linfoma de Hodgkin ( $n=21$ ) e leucemia mieloide aguda ( $n=9$ ) que receberam alta hospitalar precoce até o décimo dia após a infusão das CTH. As toxicidades foram graduadas conforme a escala de graduação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Dos 100 pacientes analisados, 31% não apresentaram mucosite, 58% apresentaram mucosite grau I-II; 16% não apresentaram náusea/vômito enquanto 62% apresentaram grau I. Em relação à diarreia, 16% não apresentaram enquanto 62% apresentaram grau I. Dos 100 pacientes, 9% necessitaram de internação por toxicidade ao condicionamento e os demais permaneceram sob cuidados no ambulatório. Os cuidados e manejo dos pacientes seguiram a rotina do ambulatório consistindo de orientações de higiene, alimentação, vigilância e identificação de sinais e sintomas para condutas necessárias de acordo com cada caso. Conclui-se que toxicidade ao regime de condicionamento foi bem tolerada pelos pacientes submetidos ao TCTH sob regime ambulatorial, expressa pela baixa frequência de internações (9%). A maioria dos pacientes apresentou algum tipo de toxicidade ao regime de condicionamento. A padronização da graduação através da escala da OMS possibilitou condutas uniformes de toda a equipe e cuidados homogêneos por parte da equipe de enfermagem. Os cuidados de enfermagem contribuem para melhor intervenção precoce dos sinais e sintomas, sendo a orientação aos pacientes e acompanhantes, uma das medidas mais eficazes, podendo diminuir a negligência na identificação dos eventos decorrentes do regime de condicionamento e, por conseguinte, das internações.

070

### QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO: AVALIAÇÃO DE MEDIDAS RELACIONADAS À FATORES FÍSICOS, SOCIAIS E EMOCIONAIS.

Musqueira PT<sup>1</sup>, Barban A<sup>1,2</sup>, Coracin FL<sup>1,3</sup>, Barban A<sup>4</sup>, Dulle FL<sup>1,2,4</sup>

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>3</sup>Universidade Nove de Julho-UNINOVE

<sup>4</sup>Hospital Inglês "Charles Miller"

O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico é um tratamento que oferece cura a uma variedade de doenças hematológicas, porém há riscos de complicações agudas e tardias podendo influenciar de forma negativa a qualidade de vida. São necessárias medidas para a avaliação da qualidade de vida, ou seja, instrumentos estatísticos para mensuração e comparação capazes de avaliar de forma individual ou específica e proporcionar assim, maior capacidade de detecção de melhora ou piora dos aspectos físicos, sociais e emocionais de cada paciente. Os instrumentos mais citados nas buscas no Pubmed e nos estudos pesquisados foram o The Functional Assessment of Cancer Therapy-Bone Marrow Transplantation (FACT-BMT) versão 4, associado ao The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy- Spiritual Well-being (FACIT-sp); a Escala EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core). Os sintomas com maior frequência avaliados são fadiga, dor, náuseas e vômito, dispneia, distúrbios do sono, alteração do paladar, diarreia, constipação, impacto financeiro, tristezas, risco de morte, suporte para amigos e familiares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a qualidade de vida (QV) é a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. A QV dos pacientes é, frequentemente, avaliada no período pós-TCTH, onde os há um nível maior de complicações relacionadas às toxicidades, doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Há a necessidade de intervenções nos aspectos psicossociais e físicos. O objetivo deste estudo é realizar uma Revisão Bibliográfica sobre a utilização das escalas de avaliação de Qualidade de Vida em pacientes pós-TCTH alogênico buscando identificar fatores que favoreçam o emprego destas escalas. Foi realizada uma Revisão Bibliográfica de artigos científicos relacionados ao tema, através de sites de publicações na internet. Os resultados deste estudo evidenciaram que no período de internação, os pacientes apresentam maior índice de QV prejudicada devido aos fatores psicossociais e físicos. Na fase do condicionamento há uma alta prevalência de ansiedade e stress, náuseas e vômito, dor, já nos pacientes pós-condicionamento, o risco de morte, a falta de enfrentamento, o distúrbio de auto-imagem relacionado ao DECH, as dificuldades financeiras, a preocupação de amigos e familiares, entre outros, são os sinais e sintomas mais prevalentes. Conclui-se que para uma melhor Qualidade de Vida em pacientes pós-TCTH alogênico, é necessário a realização de intervenções diárias da equipe multiprofissional, baseada nos resultados obtidos do emprego das escalas associado ao questionário de qualidade de vida durante o período de internação, visto que os aspectos psicossociais e físicos, como náusea e vômitos, dor e fadiga interferem negativamente na evolução destes pacientes.

## 071

### APLICAÇÃO DE ENXAGUATÓRIO BUCAL CONTENDO CHAMOMILLA RECUTITA (CAMOMILA) EM MUCOSITE BUCAL: ESTUDO CLÍNICO FASE II

Braga FTMM1, Santos ACFD2, Carvalho EC1

1Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

2Hospital Amaral Carvalho

A mucosite bucal é uma complicação inflamatória frequente manifestada pelos pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH), em decorrência do agressivo regime terapêutico empregado. Entretanto, sua prevenção e tratamento ainda são controversos na literatura. A Chamomilla recutita (camomila) tem sido utilizada com propósitos terapêuticos há séculos, e dentre as suas propriedades terapêuticas estão a redução da inflamação e a promoção da cicatrização, ambas favorecidas principalmente pelos flavonoides, em especial a apigenina

7-glicosídeo. Alguns centros de TCTH a empregam tanto para a prevenção como para tratamento da mucosite; contudo, não se identificaram estudos que investigassem sua ação nessa clientela. Assim, o presente estudo tem como objetivo comparar a incidência de mucosite bucal em pacientes adultos submetidos ao TCTH segundo diferentes doses de Chamomilla recutita em enxaguatório bucal. Trata-se de um estudo clínico fase II, randomizado e controlado. A amostra foi constituída por 40 pacientes alocados em quatro grupos; destes, três receberam o enxaguatório bucal segundo uma das doses propostas no estudo (0,5; 1 ou 2%) e um quarto grupo (controle) recebeu o protocolo padrão de cuidado bucal. O enxaguatório desenvolvido para este estudo passou por análise do perfil físico-químico e microbiológico que evidenciou a qualidade e a integridade dos princípios ativos presentes na droga vegetal, incorporação desses na formulação farmacêutica e segurança microbiológica. Quanto a incidência de mucosite esta foi menor nos pacientes do grupo que recebeu o enxaguatório contendo Chamomilla recutita na dose de 1% quando comparado aos resultados do grupo controle ( $p < 0,01$ ). Esta dose corresponde ao teor de 0,054 mg/mL de apigenina 7-glicosídeo. Nas demais doses os resultados não demonstraram diferença significativa entre os grupos. Dessa forma, os resultados evidenciaram uma possível ação do enxaguatório contendo Chamomilla recutita, como anti-inflamatório, na redução da incidência da mucosite, na dose de 1%, em pacientes submetidos ao TCTH. Contudo, para confirmar estes achados faz-se necessário ampliar a amostra deste estudo em um estudo clínico fase III.

## 072

### AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR RESPIRATÓRIA EM PACIENTES PRÉ-TMO ALOGÊNICO

Máximo MM<sup>1</sup>, Pereira KRC<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas Ribeirão Preto

**Introdução:** A fraqueza muscular respiratória e periférica preexistentes em pacientes submetidos a transplante de medula óssea (TMO) pode contribuir para uma maior morbidade no período pós-transplante. Os tratamentos realizados antes do transplante, como quimioterapia e corticoterapia, podem contribuir para uma fraqueza da musculatura respiratória, e essa situação se torna um fator de risco para o desenvolvimento de complicações pulmonares no período pós-transplante. Treinamento muscular respiratório e exercícios específicos de fisioterapia respiratória já se mostraram eficientes em aumentar a força muscular respiratória e melhorar a ventilação pulmonar. **Objetivos:** determinar se a força muscular respiratória é reduzida em pacientes pré TMO alogênico para caracterizar a importância de uma intervenção de fisioterapia respiratória precoce, na tentativa de minimizar complicações respiratórias no período pós-transplante. **Metodologia:** foram avaliados oito pacientes com idade média  $30,5 \pm 14,08$  pré TMO alogênico no período de outubro de 2011 a fevereiro de 2012, no HCRP. Os pacientes foram submetidos à avaliação da força muscular inspiratória (pressão inspiratória máxima - PImax) e expiratória (pressão expiratória máxima - PEmax) através de um manovacuômetro analógico. Para avaliação da PImax e da PEmax foram realizadas 3 manobras, e considerado o melhor resultado obtido. Os resultados foram comparados com o valor predito para cada paciente. A avaliação foi realizada antes do início do condicionamento. **Resultados:** Dos pacientes avaliados, 4 apresentaram uma PImax menor do que 60% do valor predito, 3 apresentaram PEmax menor do que 80% do predito e 3 apresentaram PImax menor do que 60% do valor predito. A média de PImax avaliada foi  $-75 \pm 42,43$  cmH<sub>2</sub>O (PImax predita de  $-107,7 \pm 18,96$  cmH<sub>2</sub>O) e de PEmax foi  $76,88 \pm 29,63$  cmH<sub>2</sub>O (PEmax predita de  $110,9 \pm 23,25$  cmH<sub>2</sub>O). **Conclusões:** Conclui-se que os pacientes podem chegar para o transplante com fraqueza muscular respi-

ratória, o que pode favorecer o aparecimento de complicações respiratórias durante o tratamento e no período pós-transplante. A intervenção da fisioterapia respiratória precoce para melhorar a ventilação e aumentar a força muscular respiratória nessa fase pode ser indicada como uma tentativa de minimizar complicações pulmonares no período pós-TMO.

### 073

#### TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS: CONTRIBUIÇÃO DO FARMACÊUTICO NO PÓS-TRANSPLANTE.

Correa PM<sup>1</sup>, Zuckermann J<sup>2</sup>, Fischer G<sup>2</sup>, Paz A<sup>2</sup>, Rigoni L<sup>2</sup>, Daudt L<sup>2</sup>, Silla LMR<sup>2</sup>, Castro MS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A farmacoterapia de pacientes que realizam transplante de células-tronco hematopoiética (TCTH) é complexa em virtude do grande número de medicamentos utilizados após a alta hospitalar. O uso incorreto de alguns desses medicamentos, bem como, interações medicamentosas inerentes a essa terapia, colocam em risco o resultado do transplante. Nesse contexto, o profissional farmacêutico pode auxiliar os pacientes e a equipe na otimização de resultados terapêuticos. **Materiais e Métodos:** O Serviço de Hematologia do Hospital Clínicas de Porto Alegre (HCPA) possui em sua rotina uma orientação sobre a farmacoterapia pós-transplante alogênico com o farmacêutico para todos os pacientes. A partir de maio de 2011, foi associado o seguimento farmacoterapêutico com o objetivo de atingir novos níveis de resultados clínicos e humanísticos. Na nova rotina, o paciente realiza encontros periódicos com o farmacêutico onde é avaliada a forma como ele está utilizando seus medicamentos, é buscada a identificação e a solução dos problemas relacionados com medicamentos (PRM), além de avaliar a adesão ao tratamento. A ferramenta utilizada pelo farmacêutico para o atendimento é o método Dáder adaptado para a realidade brasileira. O tempo de seguimento farmacoterapêutico é de 6 meses. O resultado do acompanhamento é obtido pela redução do nível da doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). **Resultados:** Estão sendo acompanhados 17 pacientes, o maior risco à adesão ao tratamento medicamentoso identificado foi à dificuldade de acesso aos medicamentos, principalmente em pacientes oriundos de cidades do interior dos estados do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina. O número médio de PRMs identificado é de 8,17 por indivíduo. Foram identificados 139 PRMs, sendo 70 manifestados, ou seja, o paciente apresenta efetivamente a reação adversa, e 69 riscos de PRM, casos em que o paciente está utilizando medicamentos que podem trazer um risco a sua saúde ou ao sucesso do tratamento. Os medicamentos mais envolvidos nos PRMs manifestados são a ciclosporina e o tacrolimus. Já os que apresentam risco de PRM pela dificuldade de acesso são o aciclovir e o fluconazol. 65% dos pacientes apresentaram DECH de graus II a IV, sendo que 23% apresentam os graus III e IV. **Discussão:** O elevado número de medicamentos que desencadeiam os PRMs justifica a participação do farmacêutico na equipe multidisciplinar para o auxílio na resolução e prevenção desses problemas. Em muitas situações, a resolução desses PRMs é uma tarefa muito complexa que envolve a avaliação risco/benefício para que se possam sugerir alterações à equipe médica. Além disso, foram identificados muitos problemas no acesso aos medicamentos. Para essa situação a intervenção do farmacêutico fica limitada a indicação ao paciente de locais onde ele possa encontrar medicamentos em preços mais acessíveis uma vez que muitas prefeituras não fornecem os medicamentos necessários que deveriam estar à disposição da população. **Conclusão:** a complexidade da farmacoterapia desses pacientes justifica a atuação do farmacêutico junto a equipe para gerenciar as interações, identificar falha de adesão e outros fatores como a dificuldade de acesso aos medicamentos.

### 074

#### REAÇÕES ADVERSAS EM PACIENTES SUBMETIDOS À TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Zuckermann J<sup>1</sup>, Corrêa PM<sup>2</sup>, Santos LD<sup>1</sup>, Fischer G<sup>1</sup>, Paz A<sup>1</sup>, Rigoni L<sup>1</sup>, Bittencourt RI<sup>1</sup>, Daudt L<sup>1</sup>, Silla LMR<sup>1</sup>, Castro MS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Introdução:** Os pacientes que realizam o transplante alogênico de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) são submetidos à utilização de diversos medicamentos, tanto para o condicionamento, quanto para a prevenção e tratamento de problemas de saúde associados a terapia. Contudo, nem sempre esses medicamentos trazem apenas benefícios ao paciente, algumas vezes ocorrem reações adversas (RA) inerentes a terapia e que podem prejudicar ou mesmo colocar em risco a vida do paciente. Descrever a ocorrência de reações adversas (RA) em pacientes internados para realização de TCTH alogênico, na unidade de ambiente protegido (UAP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital de alta complexidade que faz parte da rede sentinela, constituído por 795 leitos. **Material e Métodos:** As informações foram obtidas por busca ativa no banco de dados do programa de farmacovigilância do HCPA e nos prontuários eletrônicos do hospital. Foram incluídas as RA ocorridas no período de janeiro a maio de 2012. Para a confirmação da RA foi utilizado o algoritmo de Naranjo que as classifica em duvidosa, possível, provável e definida para se estabelecer a relação de causalidade e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para se verificar a gravidade, classificada como leve, moderada, grave e letal. **Resultados:** Foram identificadas 22 RA ocorridas em 12 pacientes. Os medicamentos que originaram as RA foram alemtuzumabe, morfina, codeína, anfotericina B, metoclopramida, timoglobulina e bussulfano. Sendo os com maior incidência o Alemtuzumabe; os dois pacientes que utilizaram a medicação apresentaram RA; a timoglobulina; dos cinco pacientes que a receberam, três apresentaram RA. Do total das RA apenas 18 (82%) foram notificadas ao programa de farmacovigilância do HCPA. Das reações notificadas, 4 foram leves, 11 moderadas e 3 graves. Com relação à causalidade foram observadas 4 possíveis, 12 prováveis e 2 definidas. **Discussão:** As reações adversas notificadas estão descritas na literatura e por isso são passíveis de ocorrer. Na maioria das vezes, o trabalho da equipe médica fica restrito a substituição da terapia, apesar do manejo profilático para evitar tais reações. Nessa população, a ocorrência de polimedicação torna-os mais suscetíveis a essa situação pois são prescrições que apresentam em média 25 medicamentos. Além disso, fica clara a ocorrência de subnotificação das reações ocorridas o que acarreta a não exatidão dos dados sobre a incidência de RA dos medicamentos. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a necessidade do desenvolvimento de protocolos para minimizar a ocorrência de RA e o monitoramento intensivo do paciente com a notificação das reações observadas.

### 075

#### PREVENÇÃO E CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR EM SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO-HEMATOPOIÉTICAS (TCTH): UM IMPORTANTE ALIADO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA SEGURA AO PACIENTE.

Neves PZ<sup>1</sup>, Tirapelli B<sup>1</sup>, Cappellano P<sup>1</sup>, Fonseca SM<sup>1</sup>, Oloveira JSR<sup>1</sup>, Medeiros EAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital São Paulo/UNIFESP

**Introdução:** Um dos principais obstáculos à realização bem sucedida do TCTH é a ocorrência de infecções. Há uma série de infecções bacterianas, fúngicas, virais e parasitárias que se manifestam em

função do prolongado período de imunossupressão, tornando-os suscetíveis a tais agravos. Estudos demonstram que a mortalidade nos primeiros 100 dias após transplantes é cerca de 10 a 40% nos transplantes alogênicos e entre 5 a 20% nos autólogos. Porém poucos profissionais estão sensibilizados e receptivos para a fundamental questão, pois as práticas de prevenção e controle de infecção deve ser uma ação contínua e permanente, para reflexo de uma qualidade assistencial e segura ao paciente. **Objetivos:** Operacionalizar e avaliar rotinas e estratégias educativas através de uma equipe multidisciplinar para sensibilização das práticas de prevenção e controle de infecções no TCTH. Metodologia: O estudo está sendo realizado no Hospital São Paulo, Hospital universitário ligado a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Trata-se de um conjunto de ações após reabertura da unidade em reforma por dois anos. Medidas implantadas: 1) Disposição de álcool em pontos estratégicos com planilhas de controle de adesão 2) Informativos quanto controle de infecção nas portas de todos os quartos, ao lado das pias de higienização das mãos, e locais de concentração dos profissionais 3) Revisão das medidas de isolamento, principalmente nos casos de viroses respiratórias 4) Busca ativa de sintomáticos respiratórios aos colaboradores e visitantes 5) Benchmarking a outros centros de excelência para adequação das nossas práticas 6) Discussão ampla quanto a limpeza e manutenção dos filtros da unidade 7) Projeto de avaliação e controle ambiental, com cultura da água e ar para fungos e Legionella, além de monitorar a potabilidade e presença de cloro na água 8) Campanha para sensibilização e maior aderência a higienização das mãos, através de gincana com todos os profissionais 9) Manutenção do ambiente protegido 10) Protocolo para passagem de cateteres, com check list avaliando a adequação 11) Discussão sobre a técnica de banho 12) Reforço nas orientações no pré-transplante, sobre a prevenção de doenças respiratórias, principalmente em período sazonal 13) Visita técnica preventiva com orientações específicas quanto a manutenção e higienização da unidade 14) Formação de um grupo multidisciplinar com participação da diretoria técnica e administrativa, com reuniões periódicas para manutenção e renovação das ações propostas. Metas: A partir deste projeto esperamos avaliar o impacto das medidas implantadas e analisar indicadores, como adesão a higienização das mãos, adequação na passagem do cateter e índices de infecções. **Conclusão:** As práticas assistenciais seguras, com enfoque na prevenção e controle de infecção constituem importante aliada na qualidade assistencial segura ao paciente. Portanto devemos manter as atividades, ampliar e diversificar as ações, para sensibilizar a equipe multidisciplinar que têm sua prática diária deparada com alguns desafios e dificuldades, entre elas o referencial teórico genuinamente nacional e até mesmo internacional para uma clientela tão específica, submetida a um tratamento agressivo e com várias possibilidades terapêuticas, manejados por um grande número de profissionais

## 076

### PREVALÊNCIA DE MUCOSITE ORAL EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Amorim JSD<sup>1</sup>, Vaz GFB<sup>2</sup>, Colomarte ML<sup>2</sup>, Freitas VGM<sup>2</sup>, Melo CL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>2</sup>Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

**Introdução:** A mucosite oral é um dos principais processos inflamatórios induzida pela toxicidade dos fármacos quimioterápicos que acomete aos pacientes submetidos à terapêutica do Transplante de Medula Óssea (TMO). **Objetivo:** Conhecer a prevalência de mucosite oral, segundo a Escala World Health Organization (WHO), correlacionada à doença de base e ao regime de condicionamento. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de campo, descritivo, retrospectivo e documental com abordagem quantitativa realizado em uma unidade de transplante de um hospital

geral em Belo Horizonte/MG. Foram analisados 319 prontuários de paciente que submeteram ao TMO no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2009. **Resultados:** A prevalência de 76% da mucosite oral destacou-se em todas as graduações da Escala WHO de gravidade, como também nos pacientes com Doenças Hematológicas Malignas que fizeram uso de bussulfano e ciclofosfamida no regime de condicionamento pré-TMO. **Discussão:** Os resultados deste estudo corroboram com outros estudos que apontam a prevalência em torno de 75 a 80% de mucosite oral pós TMO e demonstram a necessidade de intervenções desde o período de condicionamento do paciente para minimizar os sintomas e evitar as infecções secundárias. **Conclusão:** A mucosite oral requer um cuidado multiprofissional, com atenção especial para os cuidados de enfermagem, e o estímulo do autocuidado, minimizando as complicações do tratamento e favorecendo a recuperação deste paciente. **Descritores:** Transplante de Medula Óssea. Quimioterapia. Mucosite oral

## 077

### CONHECIMENTO, ADESÃO E DISPONIBILIDADE DO DOADOR VOLUNTÁRIO DE MEDULA ÓSSEA CADASTRADO EM SÃO PAULO.

Vergueiro CSV<sup>1</sup>, Borges V<sup>1</sup>, Fortier S<sup>2</sup>, Díppolito S<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Associação da Medula Óssea do Estado de São Paulo

<sup>2</sup>Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

Estudo de corte transversal, desenvolvido por entrevista telefônica à 999 doadores voluntários de medula óssea (DVMO). O objetivo deste trabalho foi verificar a consistência do cadastro através da aplicação de questionário (adaptado do National Marrow Donor Program) que avalia o conhecimento do doador, a adesão ao programa e a disponibilidade deste à doar. **Resultados:** Os doadores tinham idade média de 32,5 anos, 53% eram mulheres, 62,1% provenientes da cidade de São Paulo, 15,3% da grande São Paulo, 12,4% do interior de São Paulo e o restante de outras regiões. O tempo de cadastro variou de 6-23 meses (x=15,2 meses). Do total 69% dos doadores haviam se cadastrado no Hemocentro, o restante em campanhas fechadas de faculdades 7,1%, empresas 8,6% e em eventos realizados nas cidades 15,4%. Contatamos 999 doadores por telefone, 982 concordaram em responder ao questionário. O conhecimento do doador foi avaliado por 11 perguntas, a resposta correta em ≥ 70% foi categorizada como bom conhecimento, que obtivemos em 81% dos 982 entrevistados. A maioria dos doadores concordavam em continuar no cadastro (de 999 pessoas, 98,3%), apenas 17 (1,7%) solicitaram desligamento do programa. A disponibilidade de doar foi avaliada por duas perguntas, uma direta: Como o senhor (a) classificaria sua vontade e disponibilidade de ser um doador para alguém que o senhor não conhece? Em escala de 1 a 5, sendo que cinco significa muita vontade de doar. E a segunda indireta: Em quanto tempo o senhor (a) poderia vir fazer um exame de sangue? Com cinco alternativas: 1-2 dias, 5-7 dias, 15 dias, 30 dias, mais que 30 dias. A vontade e disponibilidade de ser doador teve a seguinte distribuição: "muita vontade"-cinco, para 68,8% (676 doadores), quatro para 20,1% (197), três para 9,4% (92) dois para 1,3% (13) e um para 0,4%. Quanto ao tempo que poderiam comparecer para fazer o exame, 96,5% dos doadores compareceriam em até 7 dias. Avaliamos os resultados em relação à idade, gênero, escolaridade, disponibilidade e verificamos se há correlação com o local de cadastro (qui-quadrado). Comparando os doadores captados no Hemocentro 68,9% (677), aos captados externamente (campanhas em empresas, faculdades ou cidades) 31,1% (305), não houve diferença quanto à idade, gênero e naturalidade, entretanto houve diferença significativa quanto à escolaridade (p<0,05), pois no Hemocentro tivemos maior escolaridade. Dos DVMO que realizaram o cadastro no Hemocentro 73,3% tinham muita vontade e

disponibilidade de doar, enquanto 59% dos doadores captados em outros locais tiveram a mesma resposta. Houve uma diferença significativa entre os DVMO que realizaram o cadastro no Hemocentro e o restante dos doadores ( $p < 0,05$ ) em relação à disponibilidade e vontade de doar e à informação que receberam, os doadores do Hemocentro obtiveram informação por mais de uma fonte. Estudos internacionais que indicam que os doadores captados em ambiente hospitalar, especialmente em bancos de sangue, são mais propícios à doação. No Brasil, ainda não temos nenhuma publicação que aponte para uma forma ou outra de captação. Nossos dados indicam que existe ao menos uma tendência a ter doadores com mais informação e disponibilidade para doar dentre os captados no hemocentro. Por outro lado, os doadores do Hemocentro se diferenciaram por maior escolaridade, o que pode ter influenciado nos resultados.

## 078

### A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DE RISCO AMBIENTAL E ACESSO AO DIREITO À SAÚDE EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Pedebos GL<sup>1</sup>, Orlandini GM<sup>1</sup>, Soares LN<sup>1</sup>, Spotorno GA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A visita domiciliar cumpre importante papel dentro da concepção ampliada de saúde. Apresenta-se como uma estratégia de aproximação com a realidade social dos sujeitos configurando-se como elemento do processo de intervenção da equipe de saúde. O paciente submetido ao Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas (TCTH) Alogênico é acometido por uma depressão imunológica severa e está suscetível à inúmeras infecções no retorno ao seu domicílio, algumas destas, podendo ser evitadas. No TCTH, a visita domiciliar adquire características específicas visando avaliar as condições de risco físico e/ou biológico ao processo de recuperação pós-procedimento, bem como, orientar alternativas e propor adaptações necessárias ao domicílio a fim de viabilizar o retorno do usuário a moradia em condições mínimas de segurança. O presente trabalho tem por objetivo explicitar o processo de avaliação domiciliar dos pacientes submetidos ao TCTH, desenvolvido de forma multidisciplinar, em um centro transplantador do Estado do Rio Grande do Sul. A metodologia do trabalho centra-se na concepção teórico-metodológica da clínica ampliada. O programa de visita domiciliar faz parte do protocolo de assistência ao paciente submetido ao TCTH Alogênico na instituição em referência e consiste em realizar ao menos uma visita antes do procedimento e uma segunda dependendo das condições avaliadas. A visita é realizada pelos profissionais de Serviço Social e Enfermagem em 100% dos pacientes submetidos ao TCTH alogênico. No TCTH autólogo os pacientes são visitados conforme resultado da avaliação social, econômica e familiar realizada no ambulatório pré-TCTH ou durante a internação. Os pacientes procedentes do interior ou de outros Estados são visitados a partir da solicitação efetuada aos profissionais vinculados às respectivas Secretarias Municipais de Saúde, sendo solicitado relatório e parecer descritivo das condições habitacionais encontradas. Utiliza-se para o registro das informações um protocolo padronizado desenvolvido pelo centro transplantador contendo informações referentes à estrutura física domiciliar, instalações elétricas e sanitárias e o acesso a recursos da rede socioassistencial. Resultados e Discussão: o assistente social e o enfermeiro avaliam estratégias para organização do núcleo familiar diante das demandas do tratamento e articulam as redes sociais de apoio proporcionando adaptações, melhorias no domicílio e cuidados pós alta. Esta proposta possibilitou a padronização do formulário para coleta das informações

e a elaboração de material para orientação do profissional que realiza a visita em outros municípios. O registro em prontuário contendo os dados coletados e a sua análise possibilita a construção de plano de intervenção comum à equipe de saúde, bem como, subsidia futuros estudos e pesquisas. Conclui-se que a inclusão de um programa de visitas domiciliares no TCTH possibilita efetivar direitos de cidadania relacionados ao acesso a condições habitacionais adequadas às necessidades de saúde dos pacientes transplantados. O conhecimento dos condicionantes sociais, econômicos, culturais e ambientais que afetam o processo de saúde/doença do paciente e seu núcleo familiar no domicílio possibilitam a integração destes aspectos nas discussões de equipe qualificando o atendimento.

## 079

### ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NO ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE SUBMETIDO A TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH): RELATO DE EXPERIÊNCIA

Silva AF<sup>1</sup>, Vasconcelos CDA<sup>1</sup>, Santos ELD<sup>1</sup>, Spotorno GA<sup>1</sup>, Pedebos GL<sup>1</sup>, Morkis IVC<sup>1</sup>, Gregianin LJ<sup>1</sup>, Fracalossi MG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Os avanços tecnológicos na área da Oncologia Pediátrica trazem uma discussão acerca das repercussões do processo terapêutico nas dinâmicas de vida de pacientes e familiares, associados à preocupação em oferecer um tratamento mais humanizado, entendendo as implicações das dimensões biopsicossociais no processo de cuidados e na atenção prestada. O caso em estudo evidenciou a importância e pertinência de proporcionar discussões em equipe multiprofissional para reflexão e adequação da terapêutica. Durante o processo de TCTH, o paciente é submetido a uma internação longa, a necessidade de isolamento e a protocolos rígidos de rotinas. Diante do contexto, o presente trabalho tem por objetivo relatar a importância do acompanhamento multiprofissional, dando assistência às demandas surgidas de forma integral. Como método para coleta dos dados, realizou-se uma revisão dos atendimentos registrados em prontuário, submetendo-os a posterior análise para identificação de questões norteadoras. O caso trata-se de paciente feminina, 11 anos, que apresentou diagnóstico de Neuroblastoma estágio III (Alto Risco) em 2010. Foi encaminhada após 8 meses de quimioterapia (protocolo NEURO IX), seguida da ressecção parcial do tumor primário e MIBG terapêutico, para a realização de TCTH Autólogo. Em janeiro de 2012, recebeu a infusão das células-tronco, e no transcorrer da internação, foi observada uma exortia lenta e ineficaz, que persiste até o presente momento, fazendo com que a paciente dependa de transfusões sistemáticas de hemoderivados. Essas intercorrências acarretaram no prolongamento da internação, durante a qual foi possível perceber o impacto no comportamento da paciente e familiar, relacionados à adaptação ao ambiente hospitalar, somados à separação do convívio familiar e quebra de rotina. Este processo tem sido vivenciado por estas com grande nível de estresse, de forma que, em determinados momentos, as necessidades assistenciais excediam os aspectos clínicos da doença, tornando a ansiedade um dos fatores de maior dificuldade de manejo. A equipe multiprofissional em questão é composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos clínicos e bioquímicos, voltados à atenção orientada em uma escuta sensível; no cuidado em manter o estado nutricional, adequando a alimentação à terapêutica; possíveis interações medicamentosas; no acompanhamento clínico laboratorial; na compreensão das estratégias de enfrentamento da paciente em relação ao tratamento; na orientação e encaminhamentos para o acesso a direitos sociais e articulação com a rede sócio-assistencial e de saúde do município de origem. Diante da

história clínica, a paciente tornou-se elegível a realizar TCTH Alogênico e, durante a busca por um doador compatível, a criança permanece internada para profilaxias, reafirmando a relevância do estudo e a necessidade de um acompanhamento multiprofissional visando à integralidade.

## 080

### ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH) E ACESSO AO TRATAMENTO FORA DE DOMICÍLIO (TFD)

Silva AF<sup>1</sup>, Vasconcelos CDA<sup>1</sup>, Santos ELD<sup>1</sup>, Spotorno GA<sup>1</sup>, Pedebos GL<sup>1</sup>, Morkis IVC<sup>1</sup>, Fracalossi MG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A incidência do câncer infanto-juvenil corresponde a 3% dos casos de tumores malignos. A terapêutica compreende quimioterapia, radioterapia e cirurgia. O TCTH é uma opção para pacientes poucos responsivos aos demais tratamentos, tendo como objetivo a cura ou o aumento da sobrevida. A complexidade deste procedimento exige sua realização em serviços especializados, geralmente localizados nos grandes centros, o que leva ao encaminhamento e deslocamento de pacientes e acompanhantes. Diante dessas situações, poder-se-á recorrer ao benefício do TFD, recurso definido pela Portaria nº55/99 da Secretaria da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que estabelece como direito aos usuários do Sistema Único de Saúde auxílio financeiro durante o tratamento. Os critérios de inclusão para o TFD estabelecem que os recursos para o tratamento no município de origem tenham se esgotado, e este esteja localizado a 50km do serviço de referência, não englobando a região metropolitana. Esse benefício prevê o custeio com transporte, alimentação e estadia do paciente e acompanhante. **Objetivo:** Analisar os aspectos sócio-demográficos dos pacientes submetidos a TCTH em Unidade de Oncologia Pediátrica referência no Estado do Rio Grande do Sul (RS) quanto ao acesso ao TFD. **Método:** Trata-se de um estudo retrospectivo com base nas informações sócio-demográficas coletadas nos registros de atendimento do Serviço Social de pacientes que realizaram TCTH no período de janeiro a dezembro de 2011. Neste período, 26 pacientes foram submetidos a TCTH, sendo 17 autólogos e 9 alogênicos. **Resultados e Discussão:** Quanto à procedência dos pacientes, 5 eram de outros Estados, 16 do interior do RS, 2 da capital e 3 da região metropolitana. Dos 26 pacientes analisados, 21 preenchiam os critérios estabelecidos pela Portaria, mas apenas 5 acessaram-no de forma integral, todos procedentes de outros Estados. Os 16 pacientes do interior do RS acessaram parcialmente o recurso (transporte). Como consequência do TCTH, há imunossupressão, com recuperação lenta por um período de 3 a 12 meses, podendo ocorrer infecções e complicações clínicas, o que exige a permanência do paciente em local próximo ao centro de tratamento. O processo de TCTH mobiliza questões biopsicossociais e envolve etapas desde a preparação da família, a realização do transplante, até o pós-alta tardio. O suporte fornecido à família é fundamental para a boa evolução do tratamento. O TFD inclui-se nesse suporte, uma vez que o período de internação e o processo de recuperação do TCTH geram impacto social e financeiro para a família. **Conclusão:** O TCTH mobiliza em torno da família expectativas quanto à reabilitação e cura do câncer, mas evidencia ainda a necessidade de suporte com olhar multidisciplinar na assistência prestada ao paciente e familiar, no sentido de reconhecer e dar visibilidade para suas particularidades e dificuldades. Medidas de suporte que considerem os determinantes sociais da saúde, como o acesso integral aos benefícios preconizados pelo TFD, tornam-se fundamentais para o sucesso do tratamento de TCTH.

## 081

### PROCESSO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PORTADOR DE DECH DE PELE: ESTUDO DE CASO

Modesto AP<sup>1</sup>, Assis G<sup>1</sup>, Colaco R<sup>1</sup>, Lima DH<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HC-UFPR

**Introdução:** Trata-se de um estudo de caso relacionado ao processo de enfermagem prestado à paciente F., 42 anos que tendo sido submetida a um transplante de células-tronco periféricas não aparentadas, apresentou DECH cutânea aguda de grau IV. O transplante de medula óssea (TMO) ou transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) consiste em enxertar a célula progenitora hematopoética para a correção de um defeito da medula óssea doente. Uma das principais morbidades após o transplante citado é a doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), definida como a manifestação do ataque dos linfócitos transplantados, contra os antígenos relacionados ao antígeno leucocitário humano (HLA) do receptor. A ocorrência de DECH está normalmente relacionada a fatores como incompatibilidade imunogenética entre doador e receptor e infusão de linfócitos T do doador com incapacidade do receptor em rejeitá-las. A manifestação da DECH se dá por reação citotóxica, potencializada por citocinas que interagem entre si, amplificando a resposta imunológica. Os principais órgãos alvo desta reação são pele, fígado e trato gastrointestinal. A DECH aguda pode ser graduada desde leve até com risco de vida, dependendo da gravidade das manifestações em cada órgão alvo. A paciente F. apresentou principalmente manifestações cutâneas da DECH aguda, sendo os principais sintomas "rash" maculopapular difuso, eritema generalizado com bolhas e descamação, entre outros sintomas. Diante da gravidade e especificidade do paciente com manifestações de DECH cutânea, optou-se por demonstrar as ações de cuidado realizadas com a paciente F. e dessa forma contribuir com a experiência vivenciada a fim de nortear uma assistência sistematizada que minimize a exposição aos riscos relacionados a esta complicação. **Objetivo:** Demonstrar o modelo de processo de enfermagem realizado no cuidado de uma paciente portadora de DECH cutâneo de grau IV. **Metodologia:** Esta pesquisa é de natureza qualitativa, tipo estudo de caso. **Resultados:** O cuidado cotidiano com a paciente F. permitiu elencar 12 diagnósticos de enfermagem conforme a Taxonomia II da Nanda (2009-2011): Déficit no autocuidado para banho/higiene, Déficit no autocuidado para vestir-se/arrumar-se, Mobilidade física prejudicada, Intolerância a atividade, Integridade de pele prejudicada, Integridade tissular prejudicada, Mucosa oral prejudicada, Risco de infecção, Dor aguda, Distúrbio na imagem corporal, Risco de baixa autoestima situacional, Ansiedade relacionada a morte. De acordo com cada diagnóstico identificado foram construídas as Intervenções de Enfermagem com base na taxonomia NIC e evidenciadas as avaliações conforme a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). **Considerações Finais:** O processo de enfermagem possibilita a elaboração de um plano de cuidados qualificados, o que se refletiu numa assistência de enfermagem que garantiu a manutenção e a promoção da saúde da paciente F. portadora de DECH cutânea de grau IV.

## 082

### AValiação DA IMPLEMENTAÇÃO DA COLETA DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO (SCUP) NO PERÍODO NOTURNO COMO ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR O INVENTÁRIO DE UM BANCO PÚBLICO DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO.

Araújo CA<sup>1</sup>, Reis AC<sup>1</sup>, Martins MAN<sup>1</sup>, Martins RM<sup>1</sup>, Santos RM<sup>1</sup>, Araújo VA<sup>1</sup>, Theodoro EC<sup>1</sup>, Mendrone A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - Hospital Sírio Libanês

**Introdução:** A Maternidade Amparo Maternal, local onde são realizadas as coleta das unidades de SCUP do Banco Público de Cordão do Hospital Sírio Libanês, realiza em média 650 partos por mês, dos quais 53% ocorrem no período noturno. Em busca de um aumento na relação do número de unidades de SCUP coletadas por período de tempo, em janeiro de 2012 instituímos na Maternidade Amparo Maternal a coleta de SCUP nos períodos noturnos. **Objetivo:** Avaliar o impacto da implementação da coleta noturna no incremento do número mensal de unidades de SCUP coletadas. **Casística e Métodos:** Avaliamos o número médio de coletas de SCUP por mês em três períodos distintos: de agosto a dezembro de 2011 (Período I), quando as coletas ocorreram apenas no período diurno; de janeiro a abril de 2012 (Período II), quando as coletas foram realizadas também no período noturno, porém em noites alternadas e, em maio de 2012 (Período III), quando as coletas passaram a ocorrer todas as noites. **Resultados:** Nossos resultados mostraram que no Período I obtivemos um número médio de 53,6 coletas/mês, no Período II de 77,5 coletas/mês e no Período III de 122,5 coletas/mês. O incremento observado entre os períodos I e II foi de 45% e, entre os períodos I e III, foi de 129%. **Conclusão:** Concluímos que a implementação da coleta de SCUP no período noturno na Maternidade Amparo Maternal teve um impacto significativo no aumento do número mensal de coletas pelo BSCUP do Hospital Sírio Libanês. Esta medida pode ser adotada em outras unidades de BSCUP com o objetivo de acelerar a auto-suficiência da rede BrasilCord em unidades de SCUP congeladas.

## 083

### IMPACTO DO QUESTIONÁRIO DE REAVALIAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS APLICADO APÓS 04 MESES DA COLETA DA UNIDADE DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO

Arrais CA<sup>1</sup>, Petlik MEI<sup>2</sup>, Theodoro EC<sup>1</sup>, Martins RM<sup>1</sup>, Mendrone A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - Hospital Sírio Libanês

<sup>2</sup>Ambulatório de Pediatria Social - Hospital Sírio Libanês

**Introdução:** A utilização de unidades de sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP) para transplante pode levar a um risco de transmissão de doenças infecciosas e genéticas ainda não manifestadas à época do nascimento do doador. Embora não exista a obrigatoriedade de reavaliação da mãe e do RN para liberação das unidades para uso clínico, o BSCUP do Hospital Sírio Libanês (HSL) oferece a todas as gestantes abordadas uma consulta com pediatra do Ambulatório de Pediatria Social do Hospital até o 6º mês de vida no intuito de detectar algum problema pós-natal não detectado à época do nascimento. Apesar do esclarecimento às mães sobre a importância do retorno para esta avaliação, o índice de adesão é baixo. **Objetivo:** Avaliar o impacto da aplicação de um questionário de reavaliação do RN através de contato telefônico no número de descartes de unidades de SCUP criopreservadas por problemas pós-natais não detectados à época do nascimento. **Casística e Métodos:** A partir de dezembro/2011, para todas as unidades coletadas, congeladas e armazenadas, passamos a aplicar um questionário padronizado de avaliação de RNs entre o 4º e 6º meses de vida. O questionário foi desenvolvido em conjunto com a pediatria social do HSL e foi aplicado por um colaborador do BSCUP, o qual entrou em contato telefônico com a família do RN, preferencialmente com a mãe. Foram feitas, no mínimo, três tentativas de contato telefônico com a família, em dias e horários diferentes, antes de classificar a família como impossível de se estabelecer contato telefônico; **Resultados:** Durante os primeiros meses deste processo, obtivemos êxito em 56,8% dos contatos telefônicos, com uma aceitação de 100% das entrevistadas em responder o questionário. Dentre estas, apenas 22,6%

tinha comparecido à consulta no Ambulatório de Pediatria Social. Esta ferramenta não resultou em nenhum descarte adicional das unidades de SCUP armazenadas. **Conclusão:** Concluímos que embora essa abordagem não resultou em descarte de nenhuma unidade de SCUP armazenada, é possível, através de um questionário aplicado via contato telefônico, obter informações relevantes que permitem garantir a qualidade e segurança da unidade criopreservada e que, além disso, essa prática tem nos permitido expressar à família do doador a nossa gratidão pela sua doação.

## 084

### AVALIAÇÃO DO APRIMORAMENTO DA TÉCNICA DE COLETA DE SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO NA PREVENÇÃO DE FORMAÇÃO DE COÁGULOS

Arrais CA<sup>1</sup>, Reis AC<sup>1</sup>, Martins MAN<sup>1</sup>, Santos RM<sup>1</sup>, Martins RM<sup>1</sup>, Araújo VA<sup>1</sup>, Theodoro EC<sup>1</sup>, Mendrone A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário - Hospital Sírio Libanês

**Introdução:** A formação de coágulos no interior da bolsa no momento da coleta de sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP) pode ocasionar uma redução significativa na quantidade de células da unidade e inviabilizar seu processamento. Para evitar a formação de coágulos, orienta-se uma homogeneização constante do sangue com a solução anticoagulante presente na bolsa durante toda a coleta. Apesar disso, a formação de coágulos filamentosos (que correspondem à sua formação ainda no segmento de extensão da bolsa) pode ocorrer em até 30% das unidades. **Objetivo:** Avaliar o impacto do aprimoramento da técnica de coleta de SCUP na prevenção de formação de coágulos filamentosos nas bolsas de SCUP. **Material e Métodos:** Após assepsia, realizamos a punção da veia umbilical com a primeira agulha da bolsa. Caso haja necessidade de uma segunda punção, utilizamos a segunda agulha da bolsa. No entanto, no momento do clampeamento da extensão da primeira agulha, o sangue presente na extensão pode levar a formação de coágulos filamentosos que, ao final da coleta, são transferidos para a bolsa. Em maio de 2012, passamos a drenar todo o conteúdo sanguíneo presente na extensão da primeira agulha para a bolsa de coleta antes do seu clampeamento e da realização da segunda punção. **Resultados:** Nossos resultados demonstraram que entre janeiro e abril de 2012, a média mensal de bolsas com coágulos filamentosos foi de 16%, 14%, 26% e 20% respectivamente. Antes e após a implementação deste procedimento, a média global mensal foi de 19% e 3,9%, respectivamente, com uma redução de 79%. **Conclusão:** Concluímos que a drenagem do sangue presente na extensão da agulha da bolsa de coleta de SCUP para o interior da bolsa antes da realização da segunda punção é capaz de produzir redução significativa da formação de coágulos, reduzindo assim o número de unidades descartadas.

## 085

### RELAÇÃO ENTRE A CELULARIDADE DO SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL E PLACENTÁRIO COM A HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GESTANTES

Marques DL<sup>1</sup>, Oliveira BGRB<sup>2</sup>, Izu M<sup>1</sup>, Bouzas LFS<sup>1</sup>, Braga FHP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Câncer-CEMO-BSCUP

<sup>2</sup>Universidade Federal Fluminense - EEAAC

As atividades desenvolvidas pelo enfermeiro nos Bancos de Sangue de Cordão Umbilical Placentário demandam alta complexidade assistencial e funcional, fato que imputam a responsabilidade de identificar situações que devam ser avaliadas, pesquisadas e

reformuladas, como por exemplo, os critérios de doação de sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP), critérios de inclusão e exclusão de doadoras, padronização de técnicas e demais situações que envolvem a atuação do enfermeiro. A celularidade tem sido alvo de atenção por parte dos enfermeiros, devido a necessidade de obtenção de um número adequado células-tronco hematopoieticas. Este estudo objetivou discutir a relação entre a celularidade do sangue do cordão umbilical e placentário e a hipertensão arterial e; traçar perfil das gestantes com hipertensão arterial e sem hipertensão arterial. A metodologia correspondeu a um estudo observacional do tipo caso-controle. O local da pesquisa foi uma Maternidade Pública e a Unidade de Processamento e Terapia Celular do Banco de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (BSCUP) do Centro de Transplante de Medula Óssea (CEMO) do Instituto Nacional de Câncer, ambos localizados no município do Rio de Janeiro. Os sujeitos do estudo foram setenta e três gestantes internadas, e que tiveram o sangue de cordão umbilical e placentário coletados após a dequitação. Os sujeitos do estudo receberam informações referentes ao propósito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em obediência à Resolução 196/96 do CNS, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer. A análise estatística foi processada pelo software estatístico SAS® System, versão 6. 11 e o critério de determinação de significância adotado foi o nível de 5%. A análise estatística apresentou resultados satisfatórios: a celularidade inicial do sangue do cordão umbilical de gestantes hipertensas não apresentou diferença significativa comparado com a celularidade de gestantes não-hipertensas. Das bolsas de SCUP coletas de gestantes hipertensas, 80% apresentou celularidade  $\geq 5 \times 10^8$  e 20% celularidade  $< 5 \times 10^8$  (de acordo com padrão estabelecido pela RDC 56). A partir deste estudo, podemos concluir que gestantes com hipertensão arterial apresentaram uma quantidade adequada no total de células nucleadas, atendendo aos critérios estabelecidos pela RDC 56. Com base nestes resultados e com a intensificação de pesquisas neste campo, sugerimos a reavaliação dos critérios de doação do sangue do cordão umbilical e placentário das gestantes com hipertensão arterial. **Palavras-chave:** Hipertensão induzida pela gravidez, sangue fetal, células-tronco hematopoieticas, placenta.

## 086

### criação de um modelo de farmácia clínica em transplante de células-tronco hematopoieticas (TCTH)

Villa PR<sup>1,2</sup>, Macedo MCMA<sup>1,2,3,4</sup>, Santos AVPD<sup>2</sup>, Fernandes DAC<sup>2</sup>, Monetta L<sup>1</sup>, Geraldo BLSS<sup>1</sup>, Souza MN<sup>1</sup>, Alves G<sup>5</sup>, Ferraz PD<sup>2</sup>, Silva RL<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Bio Sana's Serviços Médicos

<sup>2</sup>Ibcc - Instituto Brasileiro De Controle Do Câncer

<sup>3</sup>Hospital São Camilo Pompéia

<sup>4</sup>CUSC - Centro Universitário São Camilo

<sup>5</sup>Pós Graduação Hospital A. C. Camargo

**Introdução:** Farmácia clínica é a prática profissional exercida pelo farmacêutico que visa assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos farmacológicos e de cuidados ao paciente, que o uso de fármacos seja seguro e apropriado. Pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoieticas (TCTH) representam uma população de alto risco para desenvolvimento de problemas relacionados a medicamentos (PRM). Devido à complexidade da farmacoterapia, torna-se essencial a estruturação e implantação de um serviço de farmácia clínica nos centros de TCTH. A partir disso idealizamos a estruturação de um modelo específico para pacientes submetidos à TCTH. **Objetivos:** Estabelecer um modelo

de farmácia clínica que possa contribuir para melhoria da farmacoterapia dos pacientes submetidos à TCTH. **Métodos:** Consiste em ações pontuais e avaliações diárias. As ações pontuais ocorrem nos seguintes momentos: 1. Pré-TCTH (obtenção dos históricos da farmacoterapia da doença de base, infeccioso, comorbidades e sua farmacoterapia, hábitos, alergias, avaliação física e exames laboratoriais); 2. palestra para o paciente e cuidador (discutidos aspectos farmacológicos do TCTH); 3. avaliação pré condicionamento (checagem das dosagens e fármacos que serão utilizados na quimioterapia, profilaxia antimicrobiana e doença do enxerto contra o hospedeiro); 4. pré alta hospitalar (orientação sobre uso dos fármacos em domicílio). Ações extras podem ser solicitadas sempre que houver mudança na farmacoterapia ou quando solicitado pelo paciente e/ou equipe interdisciplinar. Além das ações pontuais, o farmacêutico clínico realiza diariamente, durante o período de internação: checagem e validação das prescrições médicas, reconciliação medicamentosa, supervisão da manipulação de fármacos endovenosos, conferência dos fármacos e produtos de saúde dispensados, acompanhamento farmacoterapêutico, checagem de exames laboratoriais, checagem dos níveis séricos dos fármacos imunossupressores, farmacovigilância e suporte à equipe interdisciplinar. **Conclusão:** A atuação do farmacêutico clínico já é prática bem estabelecida em pacientes portadores de diabetes, hipertensão, internados em unidades de terapia intensiva e, mais recentemente, em oncologia. Até o momento não existe um modelo específico de farmácia clínica para pacientes submetidos à TCTH e a aplicação de ferramentas já desenvolvidas, como o método DÁDER dificulta o acompanhamento destes pacientes, já que tais ferramentas foram desenvolvidas para patologias específicas. Concluímos que a estruturação de um modelo de farmácia clínica proporcionará melhora significativa na farmacoterapia, reduzindo erros de medicações, interações medicamentosas, reações adversas e toxicidades aos fármacos. Além das vantagens clínicas acreditamos que a implantação deste serviço contribuirá para otimização de custos referentes ao procedimento.

## 087

### RELATO DE CASO: UTILIZAÇÃO DE GASTROSTOMIA COMO VIA NUTRICIONAL ALTERNATIVA PARA MELHORA DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇA PÓS-TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS ALOGÊNICO APARENTADO

Viani K<sup>1</sup>, Oliveira V<sup>1</sup>, Nabarrete J<sup>1</sup>, Bouchabki G<sup>1</sup>, Fernandes JF<sup>1</sup>, Filho VO<sup>1</sup>, Rocha V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança HC-FMUSP

**Introdução:** Pacientes oncológicos frequentemente evoluem com perdas nutricionais, intensificadas com a utilização de terapias do tratamento do câncer, como o Transplante de Células-Tronco Hematopoieticas (TCTH), que afetam a deglutição, paladar e provocam diversos efeitos colaterais como náuseas, vômitos e anorexia, levando a baixa aceitação alimentar. A dieta via Gastrostomia (GTM) é indicada quando há necessidade de Terapia Nutricional Enteral (TNE) por tempo prolongado, diminuindo complicações e manipulação do paciente. A detecção precoce de deficiências nutricionais é essencial para tratá-las com uma TNE adequada, a fim de restabelecer e/ou manter o estado nutricional (EN) do indivíduo e consequentemente obter melhor resposta ao tratamento e suas complicações, especialmente quando se trata de Pediatria. **Objetivos:** Descrever caso clínico de intervenção nutricional em paciente pós-transplante de Células-Tronco Hematopoieticas alogênico aparentado. **Métodos:** Análise retrospectiva de Peso, Estatura, Índice de Massa Corporal (IMC) e Circunferência do braço (CB) no período de 40 dias durante intervenção nutricional. **Resultados:** BDCSS, 9 anos, sexo masculino, com diagnóstico de Leucemia Mielóide Aguda (LMA) em 2009. Em outubro de 2010 re-

alizou TCTH alogênico aparentado. Evoluiu sem Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH), com aceitação alimentar regular. Em setembro de 2011 internou por recaída da LMA e realização de novo ciclo de quimioterapia. Durante o primeiro ciclo, evoluiu com baixa aceitação alimentar via oral (VO) e mucosite grau II. A avaliação nutricional apontava Peso = 21Kg, Estatura = 125cm, IMC = 13, e CB = 15cm, sendo o EN classificado como magreza ( $-3 < z \text{ score IMC/I} < -2$ ), pelos parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS) e desnutrição (CB abaixo do percentil 5) segundo Frisancho (1990). Devido presença de massa em seio maxilar com programação de radioterapia local e impossibilidade de passagem de sonda nasogástrica pela lesão, optou-se pela gastrostomia, com oferta de dieta industrializada hipercalórica e hiperpróteica, iniciada com volume de 100mL em intervalos de 4 horas. A alimentação VO não foi suspensa e o paciente seguiu com o protocolo de tratamento, realizando o 2º ciclo de quimioterapia. Apesar de manter baixa aceitação alimentar via oral, apresentou boa aceitação da dieta via GTM e evoluiu com aumento de volume até alcançar 1500mL/dia (250mL, 6 vezes ao dia, com intervalos de 4 horas). Após 40 dias, o ganho de peso foi de 5,3Kg (IMC = 16,8) e o de CB de 3,4cm, classificando o estado nutricional do paciente como eutrofia tanto pela OMS quanto por Frisancho (1990). **Conclusões:** O paciente apresentou boa evolução de peso e circunferência do braço, o que indica sucesso na utilização da gastrostomia para a recuperação do estado nutricional neste caso. Assim, acredita-se que o uso de Terapia Nutricional Enteral deve ser considerado como alternativa à via oral para esta população.

088

#### EVOLUÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DURANTE TRANSPLANTE ALOGÊNICO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Viani K<sup>1</sup>, Oliveira V<sup>1</sup>, Nabarrete J<sup>1</sup>, Bouchabki G<sup>1</sup>, Fernandes JF<sup>1</sup>, Filho VO<sup>1</sup>, Rocha V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança HC-FMUSP

**Introdução:** O Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH) é um recurso terapêutico de alta complexidade que repercute em diversas alterações orgânicas, inclusive nutricionais, tanto precoce como tardiamente. A demanda nutricional do paciente modifica-se durante e após o transplante, e a Nutrição é terapia de primeira escolha para esta abordagem. A terapia nutricional durante o condicionamento do TCTH e nos primeiros dias pós infusão de células é essencial para a manutenção do Estado Nutricional (EN) e da qualidade de vida do paciente neste crítico período do tratamento. **Objetivos:** Verificar se há diferença do Estado Nutricional de crianças e adolescentes no pré e no D+30 (D+n = dias decorridos do TCTH) pós TCTH alogênico, e se tais diferenças se mantêm quando analisamos separadamente pacientes com doenças malignas e benignas. **Material e Métodos:** Foram coletados peso e estatura de todas as crianças submetidas ao TCTH alogênico de maio de 2010 a março de 2012 em um hospital terciário de São Paulo nos momentos pré e D+30 do transplante. O indicador antropométrico escolhido foi o Índice de Massa Corporal (IMC). Foram excluídos do estudo pacientes que por quaisquer motivos não possuíam avaliação nutricional próxima dos dias pré-estabelecidos. O teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a normalidade dos dados. Para comparar as amostras, foram realizados os testes de Wilcoxon ou teste t para amostras pareadas, dependendo da distribuição dos dados. Foi considerado um nível de confiança de 95%. **Resultados e Discussão:** 18 crianças foram incluídas no estudo, das quais 33,3% eram do sexo feminino e 66,7% do masculino, e 72,2% (n=13) tinham diagnósticos de doenças malignas, versus 27,8% (n=5) com doenças benignas. Ao compararmos o IMC pré e no D+30, obteve-se diferença estatística entre as médias,

evidenciada por um  $p=0,004$ , de modo que o IMC diminuiu no D+30 com relação ao pré transplante. Quando os pacientes foram separados, observou-se que a diferença se manteve naqueles com doenças malignas ( $p=0,004$ ), sendo menor no D+30 do que no pré TCTH, porém não houve diferença para as crianças que tinham doenças benignas ( $p=0,815$ ), o que sugere um comportamento nutricional diferente neste grupo durante o TCTH. Tal achado pode ser explicado por diversos fatores vivenciados por pacientes com diagnóstico de doenças malignas, como pré exposição a esquemas quimioterápicos, radioterapia, longas internações e outras situações que podem ter levado a alterações prévias de paladar e aceitação alimentar, bem como depleção do EN e/ou de massa magra. Além disso, alterações não detectáveis pelo parâmetro antropométrico utilizado (IMC) podem ter ocorrido, como variações na composição corporal. **Conclusão:** Apesar do pequeno número de pacientes, especialmente de crianças com doenças benignas, pode-se concluir que o EN das crianças estudadas sofreu alteração detectável já no D+30, quando comparado ao pré transplante, para o grupo de doenças malignas. As crianças com doenças benignas mantiveram o mesmo IMC. Tais informações encontradas sugerem uma demanda de monitoramento do Estado Nutricional precoce da população em questão, em especial das crianças que possuem diagnóstico de doenças malignas, a fim de que intervenções possam ser feitas para manter o quanto possível o Estado Nutricional e a qualidade de vida desde o condicionamento do TCTH.

089

#### VISITA DOMICILIAR NO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM PROGRAMAÇÃO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Nabarrete J<sup>1</sup>, Viani K<sup>1</sup>, Oliveira V<sup>1</sup>, Bouchabki G<sup>1</sup>, Fernandes JF<sup>1</sup>, Filho VO<sup>1</sup>, Rocha V<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço de Onco-Hematologia do Instituto da Criança HC-FMUSP

**Introdução:** Os cuidados com o paciente no período pós Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas (TCTH), em especial alogênico, são de grande importância, devido a todos os riscos decorrentes de tal procedimento. A alimentação é um dos fatores para os quais se deve atentar, sendo essencial a orientação quanto à aquisição, preparo e armazenamento dos alimentos. A alta hospitalar pós TCTH exige alterações na rotina da família, sendo necessário que a equipe multidisciplinar conheça as reais condições habitacionais e a dinâmica familiar para que possa atuar em todas as fases do transplante (pré, internação e pós). Deste modo, iniciou-se um projeto para realização de visitas domiciliares às residências dos pacientes em programação de TCTH alogênico, para decidir a ida do paciente para sua própria residência ou para casa de apoio após a alta, bem como para embasar a equipe em suas orientações. **Objetivos:** Descrever visita domiciliar como parte do acompanhamento de crianças e adolescentes em programação de TCTH alogênico em hospital público terciário em São Paulo. **Material e Métodos:** A visita domiciliar é realizada por um profissional da Nutrição e um do Serviço Social. Foi desenvolvido questionário específico pela área de Nutrição para ser aplicado por uma nutricionista durante as visitas domiciliares, elaborado com base nas orientações de dieta para pacientes transplantados utilizada no serviço, destacando os itens mais importantes no acompanhamento pós TCTH: água, armazenamento dos alimentos, utensílios e eletrodomésticos disponíveis e a higienização destes e condições gerais de habitação, como luz elétrica e esgoto. Todos os pacientes em programação de TCTH alogênico de março/11 a junho/12 foram visitados, excetuando os que já residiam em casa de apoio antes do transplante. Após a visita, a nutricionista reportava-se à equipe para discussão na

reunião multidisciplinar semanal. **Resultados:** Foram realizadas 6 visitas domiciliares, sendo que devido a todas as condições estruturais de habitação observadas através da visita domiciliar, a equipe multidisciplinar decidiu que 4 pacientes se hospedasse em casa de apoio após a alta. Os pontos principais encontrados relacionados à Nutrição para pacientes transplantados foram: más condições dos eletrodomésticos e mobiliário (ferrugem, sujidade, mau funcionamento), falta de saneamento básico e água potável, utensílios de madeira, alimentos inadequadamente acondicionados. Os pontos levantados são enfatizados no momento da orientação da alimentação e preparo das refeições dos pacientes pré e pós transplante, para que sejam seguidas independente se o paciente for para casa ou casa de apoio. **Conclusão:** Com a experiência das visitas domiciliares foi possível avaliar a importância do conhecimento da dinâmica familiar e das condições de habitação dos pacientes em programação de TCTH, visando uma orientação mais focada e um melhor acompanhamento da equipe multidisciplinar em todas as etapas do tratamento.

## 090

### QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 1 APÓS DOIS ANOS DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Souza AC<sup>1</sup>, Oliveira-Cardoso EA<sup>2</sup>, Santos MAD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

<sup>2</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina exercer de forma adequada seus efeitos, podendo acarretar em disfunção e falência de vários órgãos, como rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos. O Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH), na sua modalidade autóloga (em que o paciente é seu próprio doador), é um procedimento que tem sido utilizado, de forma inovadora e em caráter experimental, no tratamento de doenças autoimunes como o diabetes mellitus tipo 1 (DM1) como uma alternativa ao tratamento convencional (insulinoterapia). Por se tratar de procedimento invasivo e de alto risco, é importante avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes para melhor compreender a relevância dessa terapêutica em relação ao tratamento consagrado. O objetivo do presente estudo foi avaliar a QVRS de pacientes com DM1 que foram submetidos ao TCTH, dois anos após a realização do procedimento. A amostra foi composta por 12 pacientes, sendo oito homens e quatro mulheres, com idades entre 15 e 26 anos (Md = 18,4). As avaliações ocorreram durante os retornos ambulatoriais agendados pela equipe de saúde de um hospital universitário do interior paulista. O instrumento utilizado foi o Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - SF-36, aplicado individualmente e analisado de acordo com as recomendações da literatura. Os resultados obtidos indicam que o conjunto de domínios mais preservados da QVRS dos participantes corresponde ao Componente Físico (Md = 86,7; DP = 11,83), apesar do Componente Mental também se mostrar preservado (Md = 76,7; DP = 5,40). O domínio menos favorecido, considerando as médias dos escores, foi Vitalidade, seguido por Dor e Saúde Mental. Os domínios mais preservados foram Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Aspectos Sociais. Esses resultados sugerem que a QVRS dos pacientes submetidos ao TCTH apresenta-se preservada dois anos após a realização do procedimento. Todavia, as diferenças observadas entre os Componentes Mental e Físico merecem atenção especial em investigações posteriores, já que estas poderão orientar a direção de terapêu-

ticas futuras. Concluindo, os resultados obtidos fornecem apoio empírico para a indicação de acompanhamento psicológico aos pacientes transplantados, tendo em vista o maior impacto observado sobre o Componente Mental da QVRS quando comparado com o Componente Físico. (PIBIC/CNPq)

## 091

### DA BUSCA DA VIDA AO ENCONTRO DA MORTE: A IMPLICAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO DA FAMÍLIA DO PACIENTE SUBMETIDO AO TMO.

Marson AP<sup>1</sup>, Goncalves CG<sup>1</sup>, Gordan LN<sup>1</sup>, Faune CC<sup>1</sup>, Trigo FC<sup>1</sup>, Ciocari JMC<sup>1</sup>, Maximiano ML<sup>1</sup>, Rumiato AC<sup>1</sup>, Casagrande E<sup>1</sup>, Correia IM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitário de Londrina - UEL / Unidade de Transplante de Medula Óssea

**Introdução:** Ao longo da história as percepções das vivências de morte e do morrer tem sofrido transformações, evoluindo desde uma experiência tranquila até uma possibilidade impregnada de angústia, temor e aflição. No imaginário social, uma das enfermidades mais associadas à questão da morte na contemporaneidade é o câncer. Todo o tratamento que envolve o regime de Transplante de Medula Óssea (TMO) é um procedimento agressivo que pode tanto recuperar a vida do paciente quanto conduzi-lo ao óbito. Esse paradoxo ocorre porque torna o paciente temporariamente vulnerável a complicações que acarretam riscos a sua própria vida, remetendo o paciente e a família a consciência da possibilidade da morte. **Objetivo:** Detectar e intervir nas expectativas, ansiedades e medos dos familiares frente ao prognóstico de morte, assim como acolher a família nesse processo. **Material e Métodos:** Considerando o alto nível de complexidade que permeia as etapas da realização do TMO, faz-se necessária a presença de uma equipe multiprofissional especializada, que aborde de maneira abrangente, os aspectos biopsicossociais do paciente e família, durante o processo, abrangendo inclusive a família até o final, quando o paciente evolui para a morte. A equipe proporciona por meio de consultas ambulatoriais diferentes possibilidades de intervenção junto às famílias nesta situação. **Resultados:** O entrelaçamento entre a vida e a morte ao longo do processo de desenvolvimento humano, nos faz pensar em como os indivíduos afetivamente ligados ao paciente com câncer lida com as questões que envolvem a morte e o morrer. Existe um grande investimento emocional durante a hospitalização, podendo evoluir ao nível de desestruturação familiar, somadas a angústia e ao medo, sentimentos naturais inerentes a todo processo de hospitalização. Mediante a intervenção da equipe multiprofissional observou-se a promoção de uma postura adequada da equipe, oferecendo suporte adequado a família do paciente mediante a morte, contribuindo para a humanização do ambiente hospitalar. **Conclusão:** Frente ao TMO e perante o prognóstico da morte, é preciso que a equipe esteja bem estruturada, física e emocionalmente, para oferecer apoio a família, uma vez que essa faz parte do processo do adoecer como membro efetivo ao tratamento. Esse acolhimento pela equipe, fornece apoio e esclarecimento sobre a ocorrência do óbito, suporte para a reorganização dos papéis, rearranjo do sistema familiar e amenização dos processos de luto.

092

### HOSPITAL-DIA E HOSPITAL-NOITE: VIABILIZANDO A ALTA PRECOCE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES APÓS TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (TCTH)

Barros DP<sup>1</sup>, Ibanez ASS<sup>1</sup>, Zecchin VG<sup>1</sup>, Gouveia RV<sup>1</sup>, Ginani VC<sup>1</sup>, Villela NC<sup>1</sup>, Ribeiro LA<sup>1</sup>, Pedro B<sup>1</sup>, Monteiro C<sup>1</sup>, Pontes DS<sup>1</sup>, Quintiliano V<sup>1</sup>, Fundato CT<sup>1</sup>, Seber A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - Unifesp

**Introdução:** O número crescente de pacientes com identificação de doador não-aparentado trouxe relevante acréscimo na demanda por leitos na unidade de TCTH. Há muitos anos a equipe vem praticando alta precoce de crianças e adolescentes transplantados com excelentes resultados. **Objetivo:** Descrever os cuidados de enfermagem aos pacientes com alta precoce após o TCTH e tratados em regime de hospital-dia e/ou noite. **Método:** A unidade de internação conta com 6 leitos em 4 quartos. Quando não existe disponibilidade de leitos, o regime de condicionamento é iniciado em hospital-dia – excetuando-se os altamente emetogênicos (p. ex. altas doses de melfalano), que necessitam de hiperhidratação (ciclofosfamida) ou infusões prolongadas (ATG; carboplatina e etoposide em infusão contínua). Nesta fase, os pacientes já iniciam uso de máscara N-95 e dieta sem alimentos crus. A partir da infusão das células-tronco, os pacientes permanecem internados em isolamento reverso com ar hepafiltrado, pressão positiva e banho seco para prevenção de infecções fúngicas. Os critérios de alta hospitalar definitiva são recuperação hematopoiética, término do tratamento de infecções, aceitação oral e medicação intravenosa (IV) no máximo uma vez ao dia. Entretanto, muitas crianças têm alta precoce para permanecer fora do hospital por um período de 8-12 horas por dia, recebendo medicação IV no hospital no restante do tempo (hospital-dia ou noite). Sempre que existe leito disponível, o paciente escolhe entre passar o dia em casa – onde pode alimentar-se com comida feita pela mãe e brincar com seus brinquedos e seus irmãos – e vir dormir no hospital, ou passar o dia no hospital e dormir tranquilamente em sua cama. Os critérios para alta precoce são estabilidade hemodinâmica, resolução de febre, náuseas, vômitos e diarreia associados ao regime de condicionamento, habilidade de ingestão oral, medicações IV no máximo três vezes ao dia. A moradia ou casa de apoio devem ser próximas, no máximo a 15 minutos do hospital. Crianças ainda neutropênicas levam hepafiltro portátil e mantêm todos os cuidados em casa, como se estivessem internadas. O número de medicações orais é reduzido ao mínimo necessário e só é fornecido o que será utilizado naquele dia. As prescrições são enviadas à farmácia com antecedência para as medicações serem administradas imediatamente após a chegada do paciente. Todos são examinados diariamente; correção de distúrbios eletrolíticos e transfusões são realizadas no retorno ao hospital. Os pacientes devem ter transporte disponível durante todo o tempo; também existe acesso à enfermagem e aos médicos da unidade de transplante caso tenham absolutamente qualquer dúvida. **Resultados:** O programa de alta precoce, com redução do número de dias de internação, permitiu um aumento de 33 transplantes em 2009 e 38 em 2010 para 49 em 2011 (1/3 com doadores não aparentados); em 2 anos houve aumento de 48% em nossa capacidade. As poucas reinternações foram associadas a novos episódios febris. A experiência foi extremamente positiva para os pacientes e equipe. O estado geral e a aceitação oral melhoraram rapidamente e nenhum efeito adverso grave foi observado. **Conclusão:** A alta precoce para hospital-dia/noite é viável, muito bem aceita pelos pacientes e familiares e possibilita o aumento da capacidade de atendimento da unidade de TCTH.

093

### KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUTORA DE CARBAPENEMASE (KPC) EM PACIENTES PEDIÁTRICOS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA: PRECAUÇÕES E CUIDADOS PARA EVITAR A TRANSMISSÃO

Barros DP<sup>1</sup>, Ibanez ASS<sup>1</sup>, Silva MAA<sup>1</sup>, Carlesse F<sup>1</sup>, Zecchin VG<sup>1</sup>, Gouveia RV<sup>1</sup>, Ginani VC<sup>1</sup>, Villela NC<sup>1</sup>, Ribeiro LA<sup>1</sup>, Pedro B<sup>1</sup>, Quintiliano V<sup>1</sup>, Remuska L<sup>1</sup>, Fundato CT<sup>1</sup>, Monteiro C<sup>1</sup>, Avelino VSS<sup>1</sup>, Marques J<sup>1</sup>, Seber A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Oncologia Pediátrica - GRAACC - Unifesp

**Introdução:** O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é um procedimento eletivo para o qual são encaminhados pacientes de diversas instituições, vários já colonizados por bactérias multirresistentes. Este é um grande desafio para a equipe de saúde, pois seria inaceitável a sua transmissão para os outros transplantados. **Objetivos:** Descrever os cuidados para evitar a transmissão da *Klebsiella pneumoniae* produtora de carbapenemase (KPC) que foram realizados com sucesso por toda a equipe de saúde durante o TCHC nos períodos de internação, hospital-dia e ambulatorio. **Métodos:** Foi elaborado um plano de ação para pacientes colonizados por KPC pela comissão de infecção hospitalar em conjunto com a equipe de enfermagem da instituição que compreende os seguintes cuidados: internação do paciente colonizado por KPC em quarto privativo para isolamento de contato do paciente e do acompanhante; cuidado de enfermagem realizado com roupa privativa por um único e exclusivo funcionário por plantão; higienização das mãos com clorexidina degermante antes e após entrar no quarto; uso de luvas de procedimento e avental, que permanecem dentro do quarto; quantificação de eliminações fisiológicas e posterior descarte em lixo apropriado dentro do banheiro do paciente. Após a alta, os mesmos cuidados são mantidos em hospital-dia e ambulatorio. Os pacientes e seus familiares não podem circular por áreas comuns. São feitas semanalmente culturas de vigilância (swab retal, nasal, pele e urina) de todos os internados. Todos os setores do hospital que recebem o paciente são alertados para o isolamento restrito. Os procedimentos de imagem e endoscopia são realizados no início ou final do período, seguidos de limpeza terminal das salas de exame. O período mínimo de isolamento é de um ano. Por fim, o componente mais importante deste processo é a educação do paciente e de seus familiares, pois estes, compreendendo que não existe discriminação pessoal e que há risco de levar infecções às outras crianças, tornam-se fiéis aliados, zelando permanentemente para que seja mantido o seu isolamento. **Resultados:** Houve excelente aderência da equipe multidisciplinar, o que resultou na não disseminação da KPC na unidade de TCTH. **Conclusões:** A abordagem ao paciente submetido a transplante de medula óssea requer uma equipe de enfermagem experiente e especializada tanto relacionada ao paciente como à sua família, procurando adequar-se a cada novo desafio.

094

### A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA VISITA DOMICILIAR COM PACIENTES NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS- (TCTH)

Monteiro RMC<sup>1</sup>, Urbano AS<sup>1</sup>, Barros CP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto da Criança - HC FMUSP

**Introdução:** A visita domiciliar é um instrumento facilitador que tem como objetivo de fazer um diagnóstico da realidade social, a fim de compreender o paciente, a dinâmica familiar e as relações sociais, além de ser um subsídio à equipe multiprofissional no atendimento de Crianças/Adolescentes e suas famílias no pré

e pós Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas-TCTH no Serviço de Oncologia e Hematologia do Instituto da Criança - HC FMUSP. **Objetivo:** Identificar na visita domiciliar as condições de moradia, infraestrutura urbana, rede de apoio social e familiar e acesso aos recursos de saúde, a fim de subsidiar a conduta da equipe multiprofissional no pré e pós Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas-TCTH. **Metodologia:** Estudo com abordagem quantitativa, retrospectivo, iniciado por meio do encaminhamento médico do paciente com indicação de transplante para avaliação social. No processo inicial foi realizada a entrevista com o responsável legal do paciente, sendo utilizados os instrumentos de coleta de dados da prática do Serviço Social na instituição. Informamos ao responsável legal do paciente, o motivo da necessidade do acompanhamento durante o processo de transplante e pós transplante. No ano de 2011 a março de 2012 foram realizados dez (10) transplantes, sendo oito (08) de medula óssea e dois (02) de cordão umbilical. Foram excluídos os pacientes domiciliados em outros Estados e municípios fora da grande São Paulo, sendo realizadas seis (06) visitas domiciliares. **Resultados:** Das seis (06) visitas realizadas, quatro (04) domicílios não apresentaram condições apropriadas para o restabelecimento do paciente pós-transplante. A faixa etária predominante foi de 08 a 11 anos. Constatou-se que o número de pessoas convivendo na mesma casa são quatro pessoas, incluindo o paciente, contendo sala, cozinha, um (01) dormitório e banheiro; o acesso do domicílio ao Serviço de Oncologia Hematologia leva em média 1h e 30 minutos, por meio de transporte público. Observou-se que as famílias visitadas moram na extrema periferia da cidade, com infraestrutura habitacional, urbana e saneamento básico precários, rede de apoio social e familiar restrita. A condição socioeconômica vulnerável atrelada ao adoecimento se torna um fator impactante para o retorno do paciente à sua casa. Diante da impossibilidade verificada por meio da visita, o paciente e responsável, após consentimento foram encaminhados à casa de apoio que é um recurso essencial para o acolhimento no restabelecimento pós transplante. **Conclusão:** A visita domiciliar possibilitou compreender o dia-a-dia do paciente e a família, além de conhecer às condições de habitação, dinâmica familiar, valores, cultura, inserção na comunidade e relações sociais, proporcionou ampliar o olhar sobre as reais necessidades do paciente/família, diferente da entrevista inicial realizada no ambiente hospitalar. Assim, é essencial o planejamento com a equipe multiprofissional nas etapas que ocorrem no processo do pré e pós transplante, tendo como objetivo de proporcionar um acolhimento amplo e integral ao paciente e família. **Palavras-chave:** Visita Domiciliar; Equipe Multiprofissional; Transplante de Células-Tronco Hematopoética (TCTH).

## 095

### A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO SOCIAL NA ADESAO À TERAPÊUTICA DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS.

Silva LN<sup>1</sup>, Vian R<sup>1</sup>, Pontes ER<sup>1</sup>, Júnior OR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Base

**Introdução:** O TCTH é um procedimento que consiste na infusão de Células-tronco Hematopoéticas, após a realização de quimioterapia e radioterapia. Na Unidade são realizados transplantes nas modalidades autólogo que é o procedimento de retirada de células-tronco-hematopoéticas do próprio paciente e alogênico aparentado quando as células hematopoéticas são coletadas de um doador familiar. A avaliação médica e psicossocial do paciente permitem identificar os modos de enfrentamento, as dificuldades de aceitação e de viver com essa patologia. O diagnóstico de câncer ainda suscita nas pessoas muitas questões e desafios de natureza psicológica, social, cultural e econômica. O baixo

grau de adesão poderá afetar negativamente a evolução clínica do paciente, sua decisão de tratamento e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problemas relevantes, que podem trazer consequências pessoais, sociais e econômicas. Destarte, a intervenção do assistente social na Unidade é de extrema relevância na adesão, pois é este profissional que irá intervir no acesso as políticas públicas, socializando sobre os direitos através de encaminhamentos, articulações, orientações, entre outros nas relações interpessoais, sobretudo com o familiar e cuidador. **Objetivo Geral:** avaliar o quanto é importante a intervenção do Assistente Social no processo de adesão ao TCTH. **Metodologia:** abordaremos o método quanti-qualitativo mediante estudo literário a partir de pesquisas em sites, bibliotecas virtuais e observação participativa da autora. Será aplicada uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas aos pacientes do TCTH, no qual estamos aguardando liberação do CEP. **Resultados:** Espera-se deste trabalho identificar quais são as atividades do assistente social que contribuem para adesão do paciente ao tratamento proposto pela equipe, assim como repensar tais atividades tentando ampliar ou melhorar aquelas mais significativas, contribuindo tanto com o paciente quanto equipe.

## 096

### A IMPORTÂNCIA DO MEDIADOR ENFERMEIRO NA VIABILIZAÇÃO DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS NÃO APARENTADO COM DOADOR INTERNACIONAL

Geraldo BLSS<sup>1</sup>, Souza MN<sup>1</sup>, Monetta L<sup>1</sup>, Villa PR<sup>1,2</sup>, Macedo MCMA<sup>1,2,3,4</sup>, Silva RL<sup>1,2,3,4</sup>

<sup>1</sup>Bio Sana's Serviços Médicos

<sup>2</sup>IBCC - Instituto Brasileiro De Controle Do Câncer

<sup>3</sup>Hospital São Camilo Pompéia

<sup>4</sup>CUSC - Centro Universitário São Camilo

**Introdução:** A realização do Transplante de Células-Tronco Hematopoieticas (TCTH) não aparentado com doador internacional é um processo rodeado por barreiras burocráticas. O trâmite de informações entre o Centro Doador (CD), o Centro Transplantador (CT) e o REREME, exige atenção e disponibilidade de tempo da equipe médica (para leitura e resposta aos e-mails enviados pelo CD, encaminhamento de prescrições, relatórios, exames e documentos exigidos, assim como a pronta atualização dos casos), tempo este muitas vezes inviável. Ter um enfermeiro como mediador, que conhece o histórico do paciente, permanece no CT durante todo o dia e possui conhecimentos técnicos a respeito do TCTH, possibilita a organização das informações solicitadas e a agilidade no envio das respostas ao CD. **Objetivo:** Demonstrar a importância da centralização de informações em um mediador enfermeiro durante todo o trâmite pré-TCTH com doador internacional, facilitando a realização do procedimento. **Métodos:** Consiste no relato de experiência da equipe médica e de enfermagem de um CT no Brasil durante as intermediações para a realização de um TCTH com um doador internacional. A intervenção se baseou em: 1-Acompanhamento do enfermeiro junto ao médico responsável, no recolhimento e armazenamento de dados do paciente; 2-Acompanhamento do paciente junto ao REREME através de atualizações de dados e em atitude proativa de promover a realização em tempo adequado, garantindo a eficácia do procedimento; 3-Acompanhamento do processo junto ao CD, enviando as informações necessárias e orientando quanto ao protocolo do CT; 4-Atuação junto ao paciente e familiar, promovendo a tranquilidade e oferecendo informações sobre o processo; 5-Apoio e orientação ao courier, garantindo que o processo de busca da medula ocorra com segurança e de acordo com as legislações sanitárias pertinentes. **Discussão:** A comunicação entre o CT, CD e REREME acontece por meio ele-

trônico. Durante todo o processo pré-TCTH (desde a escolha do doador, encaminhamento de exames, prescrições, informações e documentos necessários para a realização do transplante, até a infusão das células) foram recebidos mais de 80 e-mails do CD e REREME. Percebeu-se que a partir do momento em que o enfermeiro passou a ser o mediador entre o CD, REREME e a equipe médica, o intervalo entre o repasse das informações solicitadas passou a ser mais dinâmico, pois estas eram previamente avaliadas e encaminhadas à equipe médica apenas para validação e preenchimento de informações clínicas específicas. A atuação do enfermeiro permitiu a manutenção de informações junto ao paciente e familiares, proporcionando um ato de humanização e a participação indireta dos familiares junto ao processo. **Conclusão:** A centralização das informações em um mediador enfermeiro com conhecimento técnico e dos processos, possibilita o desenrolar da ação burocrática pré-TCTH com doador internacional num menor período de tempo. Isto permite à equipe médica uma divisão das atividades burocráticas com o enfermeiro mediador, que assume uma gerência articulada e integrada à assistência, para que ambos possam manter o foco em suas atividades junto ao paciente. Esta ação proporciona uma maior confiança do paciente e familiar, que podem acompanhar o processo, minimizando a dor da espera pelo procedimento através de informações e atenção.

097

#### RELATO EXPERIÊNCIA DA APLICAÇÃO DO DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO NO PROCESSO RESOLUTIVO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Amorim JSD<sup>1</sup>, Ferreira DR<sup>1</sup>, Carneiro MA<sup>1</sup>, Almeida EA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

**Introdução:** A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma metodologia científica que utiliza o julgamento crítico do enfermeiro, a fim de organizar o processo de trabalho na enfermagem, além de melhorar a qualidade assistencial e garantir maior segurança no cuidado ao paciente. **Objetivos:** Conhecer os aspectos dificultadores para aplicação da SAE e propor um plano de ação para a viabilização da SAE. **Metodologia:** Utilizou-se o Diagrama de Causa e Efeito, ou Diagrama de Espinha de Peixe, como ferramenta de qualidade aplicada à saúde, para melhor explorar os problemas e chegar aos pontos críticos, ou seja, as causas de problemas que podemos evitar e os fatores que determinam os resultados que pretende-se obter. Este diagrama foi preenchido por meio de informações obtidas em reunião realizada com a equipe de enfermeiros de uma Unidade de Transplantes (UT) de uma instituição de saúde mineira. **Resultados:** Em outubro de 2011 realizou-se a reunião com os 07 enfermeiros da referida UT, constatou-se que as causas dificultadoras encontradas baseavam-se na inexistência de protocolos assistenciais, na dissociação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, na desatualização dos enfermeiros referentes às etapas da SAE e na indisponibilidade de tempo para a realização da SAE. **Discussão:** Diante das causas detectadas pode-se propor um plano de ação com o objetivo estratégico de melhoria da qualidade da assistência de enfermagem aos pacientes transplantados. A meta deste plano é que todos os enfermeiros estejam qualificados para realização da SAE, o indicador de qualidade será a execução da SAE em todos os turnos e em todos os pacientes e a avaliação será direcionada ao processo de auditoria interna satisfatório. **Conclusão:** Apesar do tempo de implantação da SAE na instituição, ainda existem muitas lacunas no desenvolvimento do processo por parte da enfermagem que precisam ser sanadas conforme a necessidade profissional e recursos disponíveis. A contínua capacitação teórica-prática é inerente à sistematização, para melhor execução

da SAE em suas diferentes etapas por todos os componentes da equipe. Sabendo que cada vez mais os pacientes estão bem informados e exigentes, procurando por melhor assistência, esta capacitação serve de estímulo para a equipe aprimorar gradativamente seus conhecimentos.

098

#### ATENDIMENTO DE ALTA COMPLEXIDADE NO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS: ASSISTÊNCIA INTEGRAL PRESTADA PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO.

Vogel C<sup>1</sup>, Laselva CR<sup>1</sup>, Grosso T<sup>1</sup>, Costa LSS<sup>1</sup>, Ciglio AC<sup>1</sup>, Sá GR<sup>1</sup>, Waisbeck TMB<sup>1</sup>, Nogueira RMG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Israelita Albert Einstein

**Introdução:** O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) tem sido aplicado na terapêutica de um número crescente de doenças hematológicas malignas, tumores sólidos e doenças não malignas. O dimensionamento de recursos humanos para a assistência de enfermagem alinhada à complexidade dos pacientes é atualmente amplamente discutido entre as instituições de saúde. Os gestores e gerentes destas instituições necessitam de parâmetros para planejar, implementar, controlar e avaliar a assistência de enfermagem prestada. No Brasil dispomos da resolução do COFEN 293 / 2004 que fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde com foco na segurança da assistência prestada, dentre outros métodos publicados, que analisam variáveis como: carga de trabalho, índice de segurança técnica, tempo efetivo de trabalho e classificação de pacientes quanto à complexidade. No TCTH dispomos da PORTARIA Nº931 de 2 de maio de 2006 que aprova o regulamento técnico, exige um dimensionamento de pessoal mínimo com equipe estruturada com experiência na assistência a pacientes imunossuprimidos ou aplasiados. **Objetivos:** O objetivo deste trabalho é demonstrar a prática de dimensionamento de pessoal aplicada na unidade TCTH autorizada a realizar todas as modalidades de transplante sendo elas: autólogo, alogênico relacionado e não relacionado, de um hospital de grande porte no estado de São Paulo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência baseado na prática assistencial do grupo de enfermagem. **Resultados:** A unidade conta com 14 leitos disponíveis para realização de TCTH, possui um coordenador de enfermagem que tem como função a gestão administrativa, 1 enfermeiro especializado denominado sênior que tem a função de treinar, educar a equipe, família, pacientes, e enfermeiros especializados e treinados denominados plenos e juniores na assistência de enfermagem direta e integral no período considerado mais crítico (condicionamento até reconstituição medular), na proporção de 1 para cada 2 pacientes ou 1 para 1 a depender da demanda e complexidade. Nossos principais resultados em oferecer assistência integral pelo profissional enfermeiro é baseado em indicadores como períodos superiores a 1 ano com taxa zero de infecções de corrente sanguínea relacionadas a cateter venoso central, ausência de reclamações no serviço de atendimento ao cliente, satisfação e fidelização da equipe médica, uso racional de recursos promovendo otimização evidenciado por baixos índices de perda de receita, manutenção do certificado de acreditação internacional, taxas de sobrevida global nos primeiros 30 dias do transplante nos anos 2009 e 2010 de aproximadamente 98% (n = 95), sendo documentado um total de 2 óbitos neste período, sendo comparado a resultados de instituições internacionais de referência. **Conclusão:** Conclui-se que a expertise do profissional enfermeiro na avaliação diária em todos os momentos da assistência direta e integral antecipa eventos graves, complicações relacionadas ao TCTH, sendo aplicado as intervenções necessárias no melhor momento.

099

## TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTI-CAS EM IMUNODEFICIÊNCIAS: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO BRASILEIRO, ABORDANDO ASPECTOS DE UM AMBIENTE PROTEGIDO.

Vogel C<sup>1</sup>, Costa LSS<sup>1</sup>, Sá GR<sup>1</sup>, Ciglio AC<sup>1</sup>, Grosso T<sup>1</sup>, Fernandes JF<sup>1,2</sup>, Hamerschlag N<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Israelita Albert Einstein

<sup>2</sup>Instituto da Criança - HC - FMUSP

**Introdução:** As imunodeficiências são caracterizadas por um conjunto de patologias não malignas, nas quais o sistema imune está incompleto ou não funcional, manifestam-se usualmente nos primeiros meses de vida com infecções recorrentes. Entretanto, também existem formas autossômicas recessivas, nas quais as manifestações são geralmente mais tardias e menos graves. O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) é a única terapêutica com possibilidade de cura para as crianças acometidas com alguns tipos de imunodeficiências. **Objetivos:** Realizar a curva de sobrevida dos pacientes submetidos ao TCTH com diagnóstico de Imunodeficiência de um hospital privado de grande porte e demonstrar as rotinas de enfermagem implantadas para proteção do ambiente e prevenção de infecções por patógenos exógenos durante a internação para TCTH. **Metodologia:** A amostra foi constituída de pacientes pediátricos que realizaram TCTH por imunodeficiências, no período de 2008 à 2012. O levantamento foi realizado através de consulta em prontuários, para realização da curva de sobrevida de Kaplan-Meier foi utilizado o software GraphPad Prism 5. 0. **Resultados:** Foram realizados 16 transplantes em 15 pacientes pediátricos com diagnóstico de Imunodeficiência, encontramos predominante a síndrome da imunodeficiência congênita (SCID), sendo oito dos pacientes (50%), amostra constituída por 75% de crianças do sexo masculino, com idade entre 0 a 9 anos. A sobrevida global em 100 dias foi de 74% e em 2,4 anos foi de 66%. Quanto ao tipo de transplante realizado predominou-se o do tipo alógeno não aparentado, em 14 (87%) casos, sendo 4 deles de fonte de medula óssea e 12 deles de células-tronco de cordão umbilical. Dentre as causas de óbito, 2 pacientes apresentaram infecção por vírus da Parainfluenza. Visto à complexidade e o risco de contaminação por infecções exógenas, foi implantado no ano de 2011 a rotina de controle do estado de saúde dos acompanhantes dos pacientes submetidos ao TCTH. Passou-se a exigir vacinação contra influenza e aplicação de Termo de Consentimento para permanência de acompanhante. O termo em vigor abrange a ciência do acompanhante quanto à não permanência no quarto em casos de: febre, sintomas de resfriado, diarreia, alterações de pele, herpes, conjuntivite. Os acompanhantes e pacientes são orientados quanto à prevenção de infecções no momento da avaliação pré-TCTH e reorientados durante o período de internação. Quanto as medidas de precaução, é utilizada a padrão, em caso de doença infecciosa transmissível é aplicável também as precauções cabíveis, tais como contato, aérea ou gotículas. A unidade de TCTH atende as normas da legislação brasileira, contando com quartos equipados com ante-sala, pressão positiva e filtro HEPA inclusive nos corredores, além de tubulação de água separada e que conta com a realização periódica de procedimento de termo-desinfecção (flush de água à 80°C). **Conclusão:** Concluímos que trata-se de procedimento de alta complexidade, maior risco em comparação aos demais, considerando a maioria dos transplantados até o momento ser fonte de cordão umbilical conferindo maior período de neutropenia / linfopenia. Ações para controle do ambiente protegido beneficiam os pacientes transplantados, podendo minimizar complicações relacionadas ao procedimento.

100

## TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTI-CAS E DIABETES MELLITUS TIPO 1: QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DECORRIDOS DOIS ANOS DO PROCEDIMENTO

Souza AC<sup>1</sup>, Oliveira-Cardoso EA<sup>1</sup>, Santos MA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo

O diabetes mellitus (DM) é uma doença de etiologia múltipla, decorrente da falta e/ou incapacidade da insulina exercer de forma adequada seus efeitos. Existem dois tipos principais de diabetes mellitus: o tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2). Este estudo focaliza o DM1, doença crônica e autoimune na qual as células beta pancreáticas são destruídas pelos linfócitos-T, causando deficiência na produção de insulina. As restrições impostas pela doença, que exige um controle constante e cuidados rigorosos, como alimentação balanceada e prática de exercícios físicos regulares, impõem dificuldades para o paciente alcançar as metas de controle glicêmico, o que pode aumentar as complicações decorrentes da doença. O transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH), na sua modalidade autóloga, em que o paciente é seu próprio doador, é um procedimento inovador e ainda em fase de pesquisa, que tem sido utilizado no tratamento de doenças autoimunes como o DM1. Este estudo, desenvolvido em caráter pioneiro no Brasil, oferece aos pacientes uma possibilidade de cura, ao mesmo tempo em que desperta receios e anseios pelos riscos que implica, de modo que avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) dos pacientes que se submeteram ao protocolo é essencial para compreender a relevância desse tratamento alternativo em relação à terapêutica tradicional (insulinoterapia). O objetivo deste estudo foi avaliar a QVRS de pacientes com DM1 submetidos ao TCTH, dois anos após a realização do procedimento. A amostra foi composta por 12 participantes, sendo oito homens e quatro mulheres, com idades entre 15 e 26 anos, que concordaram em participar voluntariamente do estudo. A coleta de dados ocorreu durante os retornos ambulatoriais agendados pela equipe de saúde de um hospital universitário do interior paulista. O instrumento utilizado foi o Questionário Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (SF-36), aplicado individualmente e aferido de acordo com as recomendações da literatura. Os resultados obtidos indicaram que, após dois anos da realização do TCTH, o conjunto de domínios mais preservados da QVRS dos participantes corresponde ao Componente Físico (Md=86,7; DP=11,83). No entanto, o Componente Mental também se mostrou preservado (Md=76,7; DP=5,40). Os domínios menos favorecidos, considerando as médias dos escores, foi Vitalidade, seguido por Dor e Saúde Mental, enquanto os mais preservados foram: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Aspectos Sociais. Esses resultados sugerem que a QVRS dos pacientes submetidos ao TCTH apresenta-se preservada dois anos após o procedimento. No entanto, as diferenças observadas entre os escores dos Componentes Físico e Mental fazem pensar na importância do cuidado abarcar os aspectos emocionais implicados no procedimento e na experiência de ser voluntário de uma terapêutica em relação a qual ainda não se tinha resultados comprovando sua eficácia no tratamento do DM1. Os resultados obtidos reforçam a relevância de monitorar a QVRS nos estágios do TCTH, de modo a acompanhar essa casuística em uma perspectiva longitudinal, examinando o impacto do tratamento sobre os aspectos psicossociais e a evolução das diferenças de escores em investigações posteriores, já que estas poderão orientar terapêuticas futuras. (PIBIC/CNPq)

101

### ATENÇÃO FARMACÊUTICA AMBULATORIAL A PACIENTES NEUTROPÊNICOS NA FASE DE MOBILIZAÇÃO PARA TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICA

Santos CF<sup>1</sup>, Alegre VR<sup>1</sup>, Coracin FL<sup>1</sup>, Dulley FL<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo

O Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) é um tratamento para pacientes com doenças onco-hematológicas. Nesta terapia é realizada aplasia medular do receptor e posteriormente infusão venosa de células do tecido hematopoético, previamente tratadas, com a finalidade de restabelecimento da hematopoiese. Antes deste processo, o paciente é submetido ao protocolo de tratamento de mobilização com quimioterapia e posterior uso de fatores de crescimento seguido de um período de neutropenia e recuperação celular para posterior coleta de células. A Neutropenia Febril (NF) é uma complicação frequente e potencialmente fatal no manejo de pacientes onco-hematológicos, formando assim um grupo com diversos riscos aumentando a suscetibilidade do indivíduo à infecção. A Atenção Farmacêutica (ATF) consiste na provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente, buscando resolver de maneira sistematizada os problemas relacionados aos medicamentos e suas respectivas doses. O farmacêutico é responsável por acompanhar todo o processo de utilização dos fármacos citotóxicos e adjuvantes, através de visitas clínicas diárias e reuniões para discussão do quadro evolutivo dos pacientes junto à equipe multidisciplinar. O farmacêutico deve trabalhar junto ao paciente de maneira que este venha a aderir ao tratamento prescrito pelo médico. O objetivo deste estudo é aumentar a adesão da farmacoterapia em pacientes neutropênicos em fase de mobilização, no Hospital Público de São Paulo. **Métodos:** O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Transplante de Medula Óssea de um Hospital Público de São Paulo, a partir de visita clínica diária e sistematizada e individualizada beira leito utilizando "Formulário de Acompanhamento Farmacoterapêutico" (AF), onde consta a identificação do paciente, diagnóstico, dias de mobilização, neutrófilos e toda terapia medicamentosa. Nestas visitas, utiliza-se o parâmetro de Febre: temperatura axilar única >38,0°C ou temperatura > 37,8°C e Neutropenia: Contagem de neutrófilos < 1000 cel/mm<sup>3</sup>. Resultado: Foi possível monitorar nas visitas clínicas a evolução farmacoterapêutica através do AF e a resposta ao tratamento do protocolo médico aplicado. **Discussão:** Na visita clínica são identificados os pacientes que permanecem em condições estáveis, com baixo risco para complicações clínicas, permitindo o uso de estratégias mais custo-efetiva, como tratamento ambulatorial. Quando neutropênicos ou se febre, os antimicrobianos devem ser administrados com doses completas ou ajustadas de acordo com a função hepática/renal. A resposta clínica e as culturas são monitoradas e o tratamento é ajustado. É introduzido antifúngico de forma empírica, se neutropenia independente de febre. **Conclusão:** Conclui-se que neutropenia seguido de febre é considerada uma emergência. O ACF é um desafio para o farmacêutico clínico, a fim de se tornar uma ferramenta importante na ATF. Com o conhecimento técnico do Farmacêutico e sua participação na Equipe Multidisciplinar é possível disponibilizar alternativas terapêuticas, sinalizar os ajustes de dose e verificar dose cumulativa, contribuindo para a melhoria dos regimes terapêuticos, propiciando um acréscimo direto na qualidade e segurança do tratamento e de vida dos pacientes.

102

### A RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE EM UMA UNIDADE DE AMBIENTE PROTEGIDO

Machado FD<sup>1</sup>, Juchem F<sup>1</sup>, Maia JE<sup>1</sup>, Soades LN<sup>1</sup>, Moerschberger MS<sup>1</sup>, Stein MR<sup>1</sup>, Pedebos GL<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde/RIMS é uma modalidade de formação em serviço lato sensu, sendo uma estratégia que visa a formação de recursos humanos para atuar no âmbito da implementação do SUS com elevada qualificação técnica e compromisso ético. Tem como objetivo fortalecer o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar visando a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos usuários. Destina-se às categorias profissionais que integram a área da saúde, como enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia, serviço social. **Objetivo:** compartilhar a experiência da inserção dos residentes em uma Unidade de Ambiente Protegido de um hospital universitário de Porto Alegre, que assiste pacientes neutropênicos, e em transplante de células-tronco-hematopoéticas (autólogos e alogênicos). Tendo como eixo norteador o desafio de romper com o paradigma do modelo biomédico de atenção à saúde. **Materiais e Métodos:** relato de vivência e ações desenvolvidas pelos residentes no ano de 2011 em uma Unidade de Ambiente Protegido, visando a atenção integral, a troca de saberes e práxis e o aprimoramento da formação profissional. **Resultados e Conclusão:** o itinerário da residência promove uma compreensão maior do fluxo do paciente durante a terapêutica. A estreita aproximação com a equipe multiprofissional para elaboração do Projeto Terapêutico Singular, visitas domiciliares, estudos de casos, reflexões teórico-práticas e assistência diária ao paciente transplantado nas diferentes etapas do tratamento, incluindo palição e morte, foram importantes no processo de formação e qualificação profissional. A inserção da RIMS nesta unidade enriquece o trabalho multiprofissional, qualifica a atenção à saúde do usuário, contribui no aprimoramento dos profissionais da instituição, encaminhando-se assim para a efetivação dos princípios do SUS.

103

### A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO DA AUTOAPLICAÇÃO DOMICILIAR DE GCSF PARA MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS (CTH) NA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Marques KCVS<sup>1</sup>, Ribeiro KL<sup>1</sup>, Barros JCA<sup>1</sup>, Perobelli L<sup>1</sup><sup>1</sup>Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbin

**Introdução:** A mobilização de Células Tronco Hematopoéticas (CTH), via ambulatorial ou internação, era comum na unidade de TMO da instituição, por isso começamos a observar a necessidade de facilitar a adesão do paciente e do doador de CTH. Iniciamos a orientação da autoaplicação de GCSF domiciliar para a mobilização de CTH, para otimizar a participação, facilitar a adesão ao procedimento do paciente e do doador, evitando internações, aplicações via ambulatorial e falhas de mobilizações. **Objetivo:** Demonstrar a importância do enfermeiro na orientação da autoaplicação de GCSF domiciliar para a mobilização da CTH, na unidade de Transplante de Medula Óssea do HTEJZ. **Material e Método:** Trata-se de um estudo de análise retrospectivo de natureza descritiva. Os dados foram obtidos através de instrumento utilizado para orientação da aplicação de GCSF, sendo este implantado na consulta ambulatorial. Os dados levantados são re-

ferentes ao período de julho de 2010 a maio de 2012. **Resultado:** Durante o período foram realizados 106 transplantes, sendo 59 autólogos e 47 alogênicos. Desses, 82 (77%) receberam orientação do enfermeiro para autoplicação de GCSF domiciliar, e entre os outros 24 (23%) restantes, 10 (9%) realizaram mobilização de CTH e coleta em outros serviços, 6 (6%) mobilizaram durante a internação, 4 (4%) ambulatoriais e 4 (4%) realizaram a coleta de medula central. **Conclusão:** A orientação da autoaplicação do GCSF domiciliar favoreceu a integração e participação do paciente e doador, facilitando a adesão ao procedimento, evitando os números de falhas de mobilizações de CTH, de aplicações ambulatoriais e de internações, principalmente de doador, garantindo o sucesso da coleta CTH.

104

### A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ORIENTAÇÃO DA AUTOAPLICAÇÃO DOMICILIAR DE GCSF PARA MOBILIZAÇÃO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS (CTH) NA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Marques KCVDS<sup>1</sup>, Ribeiro KL<sup>1</sup>, Barros JCA<sup>1</sup>, Perobelli L<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini

**Introdução:** A mobilização de Células Tronco Hematopoéticas (CTH), via ambulatorial ou internação, era comum na unidade de TMO da instituição, por isso começamos a observar a necessidade de facilitar a adesão do paciente e do doador de CTH. Iniciamos a orientação da autoplicação de GCSF domiciliar para a mobilização de CTH, para otimizar a participação, facilitar a adesão ao procedimento do paciente e do doador, evitando internações, aplicações via ambulatorial e falhas de mobilizações. **Objetivo:** Demonstrar a importância do enfermeiro na orientação da autoaplicação de GCSF domiciliar para a mobilização da CTH, na unidade de Transplante de Medula Óssea do HTEJZ. **Material e Método:** Trata-se de um estudo de análise retrospectivo de natureza descritiva. Os dados foram obtidos através de instrumento utilizado para orientação da aplicação de GCSF, sendo este implantado na consulta ambulatorial. Os dados levantados são referentes ao período de julho de 2010 a maio de 2012. **Resultado:** Durante o período foram realizados 106 transplantes, sendo 59 autólogos e 47 alogênicos. Desses, 82 (77%) receberam orientação do enfermeiro para autoplicação de GCSF domiciliar, e entre os outros 24 (23%) restantes, 10 (9%) realizaram mobilização de CTH e coleta em outros serviços, 6 (6%) mobilizaram durante a internação, 4 (4%) ambulatoriais e 4 (4%) realizaram a coleta de medula central. **Conclusão:** A orientação da autoaplicação do GCSF domiciliar favoreceu a integração e participação do paciente e doador, facilitando a adesão ao procedimento, evitando os números de falhas de mobilizações de CTH, de aplicações ambulatoriais e de internações, principalmente de doador, garantindo o sucesso da coleta CTH.

106

### REAÇÕES ADVERSAS DURANTE CONDICIONAMENTO PARA TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS.

Nilsen L<sup>1</sup>, Silveira RCCP<sup>1</sup>, Rodrigues MCO<sup>2</sup>, Zombrilli AF<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

<sup>2</sup>Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP-USP

A esclerose múltipla (EM) é uma doença autoimune desmielinizante progressiva imunomediada por linfócitos T auto-reati-

vos, que provocam uma cascata imunológica, amplificando a inflamação local. No Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), existem linfócitos T auto reativos destroem as células  $\beta$  do pâncreas, causando deficiência na produção de insulina. O desenvolvimento de terapêuticas específicas fica limitado pela etiologia indefinida destas doenças, apesar de avanços na terapêutica antiinflamatória e imunossupressora. Uma alternativa de tratamento atual para tais doenças é o transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas (TACTH). O presente estudo, observacional do tipo transversal, com a coleta de dados de caráter retrospectivo, tem como objetivo identificar as reações adversas manifestadas pelos pacientes diabéticos ou de esclerose múltipla, submetidos ao TACTH no período de 2004 a dezembro de 2010. Para a coleta de dados elaborou-se dois instrumentos que foram submetidos à validação aparente e de conteúdo por três juízes. A amostra final do estudo foi constituída pela obtenção dos dados de 72 prontuários, sendo 23 de pacientes diabéticos e 49 de pacientes com EM. Em relação aos pacientes diabéticos 16 pertenciam ao sexo masculino e a idade média foi 18,26 anos. Todos possuíam positividade para o anticorpo anti-carboxilase do ácido glutâmico (antiGAD65). Quanto aos pacientes com EM, trinta e três pertenciam ao sexo feminino e idade média foi de 37,2 anos. O subtipo da doença mais frequente foi o surto-remissivo em 21 (42,9%) pacientes. A escala expandida do estado de incapacidade (EDSS) variou entre 3,0 e 6,5. Em relação às reações adversas manifestadas pelos pacientes diabéticos foram mais frequentes os calafrios, febre, cefaléia, náusea e vômito e nos pacientes com esclerose múltipla foram retenção hídrica e cefaléia. As principais intervenções de enfermagem identificadas para os pacientes diabéticos e com EM foram monitorização dos sinais vitais, coleta de hemocultura, otimização da administração de medicamentos antieméticos, controle da infusão da globulina antitumoral, orientações sobre alimentação e para reduzir o risco de queda. Os pacientes com DM1 apresentam reações mais agudas e necessitam de monitorização contínua. Já os pacientes com EM são mais dependentes dos cuidados de enfermagem, exigindo maior tempo de cuidados prestados pelo profissional. Embora o DM1 e a EM sejam doenças distintas, percebe-se que na prática clínica, exigem do enfermeiro uma excelência no cuidado, quer pelas particularidades do tratamento realizado ou pelas singularidades de cada uma delas.

107

### VIVÊNCIA DE UMA MÃE CUIDADORA DENTRO DE UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Oliveira SB<sup>1</sup>, Oliveira-Cardoso EA<sup>2</sup>, Santos MAD<sup>1</sup>

<sup>1</sup>FFCLRP-USP

<sup>2</sup>HCFMRP-USP

Receber o diagnóstico de uma doença grave é bastante impactante não só para o paciente, mas para toda a sua família que sofrerá as implicações da situação de doença e terá que conviver com esta e seus significados. O diagnóstico é, muitas vezes, recebido como uma agressão, sendo um momento estressante, coberto de incertezas e doloroso. Juntamente com ele ocorre a interrupção de planos, sonhos, surge preocupações acerca do futuro e o medo da morte que se torna uma constante determinando mudanças significativas na dinâmica e nas relações familiar. Somado a isso, o transplante de medula óssea pode exceder as estratégias de adaptação e enfrentamento do indivíduo ou da família, pois é necessário reestruturar a rotina familiar, frente às mudanças de papéis, disponibilidade de tempo, procura por centros de tratamento que geralmente ficam distantes da cidade de origem, reorganização das tarefas, e ainda pode ocorrer declínio do status econômico. A partir do que foi

exposto o presente trabalho tem por objetivo conhecer a vivências de uma mãe de uma criança submetida ao Transplante de Medula Óssea. Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando o estado de caso. A participante tem 45 anos e é uma mãe de uma criança de 12 anos. O material foi composto de transcrições de atendimentos realizados antes, durante e depois do transplante, analisadas por meio da análise de conteúdo temática. Observa-se que, como preconizado pela literatura, da mesma forma que o transplante ocorre por etapas, o paciente e o seu cuidador também passarão por diferentes estágios psicológicos que estão relacionados com cada fase do procedimento. Apesar do envolvimento e da forte ligação afetiva pelo outro, o cuidador carrega o peso do cuidar e renuncia à sua vida pessoal e no caso específico de crianças e adolescentes doentes, muitas vezes, existe a determinação da exclusividade do cuidado materno por não permitirem que outras pessoas o façam. Como fonte de ajuda destacaram-se as amizades construídas no hospital e a espiritualidade. Conclui-se que a experiência do cuidador familiar em uma unidade de transplante de medula óssea é tão sofrida e estressante quanto aquela vivenciada pelo paciente. O ato de cuidar é, portanto, um processo que acarreta desgastes significativos à saúde do cuidador, os quais, se não considerados e amenizados, podem levá-lo à condição de cronicidade, passando de cuidador a pessoa a ser cuidada.

## 108

### EFEITO DO LASER DE BAIXA INTENSIDADE NA EXPRESSÃO GÊNICA DE CÉLULAS EPITELIAIS TRATADAS COM ÁCIDO ZOLEDRÔNICO

Basso FG<sup>1</sup>, Turrioni APS<sup>2</sup>, Kurachi C<sup>3</sup>, Bagnato VS<sup>3</sup>, Hebling J<sup>2</sup>, Costa CAS<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas

<sup>2</sup>Universidade Estadual Paulista

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo

A osteonecrose induzida por bisfosfonatos é caracterizada por uma área de exposição de tecido ósseo na cavidade oral que persiste de 6 a 8 semanas, sem que o paciente tenha sido submetido a radioterapia. A etiopatogenia desta alteração ainda não está elucidada. Porém, o tipo, dose e via de administração dos bisfosfonatos, tal como o Ácido Zoledrônico, assim como os traumas e infecções locais, têm sido diretamente relacionados com o desenvolvimento da osteonecrose. O surgimento da osteonecrose na cavidade oral de pacientes submetidos a terapia com bisfosfonatos também pode acontecer devido ao efeito citotóxico destes medicamentos sobre as células da mucosa oral. O tratamento da osteonecrose é controverso, sendo que estudos recentes têm demonstrado que a laserterapia de baixa intensidade pode ser um excelente tratamento coadjuvante para estas lesões. Portanto, o objetivo do trabalho foi avaliar o efeito da laserterapia de baixa intensidade sobre células epiteliais humanas (HaCaT) submetidas ao tratamento com Ácido Zoledrônico (AZ). Para isto, as células foram semeadas por 48 horas em placas de 24 compartimentos, usando-se meio de cultura completo (DMEM). Após este período, o DMEM foi substituído por novo meio de cultura, porém sem soro fetal bovino. Decorrido 24 horas, 5µM de AZ foram adicionados ao meio de cultura, o qual foi mantido em contato com as células por um período adicional de 48 horas. A seguir, o meio de cultura foi substituído por novo DMEM completo e as células foram irradiadas utilizando o dispositivo LaserTable (InGaAsP – 780nm +-3nm, 25mW), nas doses de 0,5, 1,5, 3, 5 e 7J/cm<sup>2</sup>. Foram realizadas 3 irradiações a cada 24 horas. Decorrido 24 horas da última irradiação, as células foram submetidas a análise de expressão gênica de fatores de crescimento (VEGF e FGF2) e colágeno tipo I por PCR em Tempo Real. Os dados foram submetidos a

análise estatística quanto a sua normalidade. Uma vez que esse requisito não foi contemplado, testes de Kruskal-Wallis complementados por Mann-Whitney, para a comparação dos grupos aos pares, foram aplicados ao nível de significância de 5%. Foi demonstrado que as doses de 5 e 7J/cm<sup>2</sup> promoveram aumento significativo da expressão de VEGF nas células HaCaT, sendo que quando estas células foram tratadas com AZ, este aumento ocorreu para todas as doses de energia selecionadas. Por outro lado, as células tratadas somente com AZ apresentaram redução significativa da expressão de VEGF. Aumento significativo na expressão de FGF2 pelas células epiteliais ocorreu apenas na dose de 1,5J/cm<sup>2</sup>. Porém, a laserterapia não influenciou a expressão de FGF-2 pelas células tratadas previamente com AZ. Aumento significativo na expressão de colágeno tipo I foi observado para todas as doses de energia aplicadas sobre as células HaCaT tratadas com AZ. De acordo com a metodologia usada neste estudo, foi possível concluir que parâmetros específicos de laserterapia de baixa intensidade promovem efeitos bioestimulatórios sobre as células epiteliais em cultura, estimulando a expressão de genes diretamente ligados ao reparo tecidual da mucosa oral.

## 109

### AVERSÃO ALIMENTAR ADQUIRIDA EM PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA AUTÓLOGO

Eckert RG<sup>1</sup>, Silva JMP<sup>1</sup>, Bohn LN<sup>1</sup>, Alves GA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital do Câncer de Cascavel - UOPECCAN

O paciente submetido ao transplante de medula autóloga desenvolve no período de condicionamento e pós-TMO aversão alimentar extrema e, portanto, necessita de constante avaliação e acompanhamento nutricional, com intuito de minimizar os efeitos desta aversão. Diante do mencionado, este trabalho teve por objetivo avaliar as principais aversões alimentares adquiridas no período pós-TMO em pacientes atendidos na Uopeccan.

A avaliação de aversão alimentar foi verificada nas evoluções da nutricionista que acompanha estes pacientes e, separadas de acordo com o protocolo de quimioterapia a que foram submetidos estes indivíduos. No estudo, foram incluídos 53 pacientes atendidos na instituição, sendo 37 (69,8%) do gênero masculino e 16 (30,2%) do gênero feminino. De acordo com o protocolo de quimioterapia a que foram submetidos, os pacientes foram divididos em três grupos: Grupo A - Carmustina (D1), Etoposido (D2,D3,D4,D5), Citarabina (D2,D3,D4,D5) e Melfalano (D6); Grupo B - Melfalano; Grupo C - Bussulfano (D1,D2,D3,D4) e Ciclofosfamida (D5,D6,D7), Grupo D - Etoposido (D1,D3,D5), Ciclofosfamida (D1,D3,D5) e Carboplatina (D1,D3,D5) e, Grupo E - Carmustina (D1,D2,D3), Etoposido (D1,D2,D3) e Ciclofosfamida (D4,D5,D6,D7). Após análise dos dados, observou-se que todos os pacientes, independentes do protocolo de quimioterapia, desenvolvem aversão alimentar a um grupo de alimentos em específico. Esta aversão e, consequentemente, redução da ingesta alimentar, é variável e tem relação com o protocolo quimioterápico utilizado na fase de condicionamento. O Grupo B é o que de um modo geral apresenta menos dificuldade para alimentar-se e, a aversão alimentar leve é observada em média a partir do D-5 pós-TMO. Nos demais grupos, a aversão alimentar adquirida é de classificação severa e, pode ser observada em média no D-7 pós-TMO. Desta forma pode-se concluir que os pacientes submetidos ao transplante de medula óssea autóloga devem ser considerados como indivíduos em risco nutricional e, por isso, necessitam de acompanhamento nutricional diário, com intuito de detectar precocemente as aversões alimentares adquiridas e, intervir de forma rápida e adequada para reversão do quadro de inapetência.

110

### **CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO DE TRATO GASTROINTESTINAL, O QUE DEVEMOS SABER?**

Tolentino GS<sup>1</sup>, Tirapelli B<sup>1</sup>, Fonseca SM<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital São Paulo / Unifesp

A doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) é a causa mais comum de morbidade e mortalidade relacionada ao transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) alogênico e requer da equipe de enfermagem um olhar atento para realizar um diagnóstico precoce para a implantação de um tratamento adequado. O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento de enfermeiros, que atuam com TCTH alogênico em um hospital universitário, sobre a DECH de trato gastrointestinal (TGI). Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, cujo instrumento de coleta foi um questionário com perguntas abertas sobre a temática. Observou-se que os enfermeiros conseguem definir o que é o DECH de TGI, porém quando questionados sobre sinais e sintomas da DECH de TGI relatam alterações gastrointestinais, bem como sinais e sintomas não relacionados as possíveis complicações. E quando questionados quanto as principais complicações, exame físico e cuidados de enfermagem não conseguem determinar nem relacionar aos sinais e sintomas descritos. Cuidados essenciais como a restrição e progressão da dieta de acordo com o volume da diarreia, manejo da fadiga, avaliação do conteúdo intestinal e cuidados relacionados ao uso de imunossupressores não são mencionados. Concluiu-se que as maiores deficiências do cuidado prestado e direcionado pelos enfermeiros são as correlações sobre a conceituação da DECH e a prática clínica que envolve essa questão, tanto na forma de detecção precoce quanto na fase de tratamento da patologia em questão. Desta forma, este estudo vem contribuir para o direcionamento da Educação Permanente no treinamento e desenvolvimento dos enfermeiros, focando no raciocínio clínico e desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem.