

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**

**EVANA TEREZINHA DE CASTRO ZAVADIL**

**REPRESENTAÇÕES DO ENFERMEIRO SOBRE INFECÇÃO EM PACIENTES  
SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS**

**CURITIBA**

**2010**

**EVANA TEREZINHA DE CASTRO ZAVADIL**

**REPRESENTAÇÕES DO ENFERMEIRO SOBRE INFECÇÃO EM PACIENTES  
SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz

**CURITIBA**

**2010**

Zavadil, Evana Terezinha de Castro  
Representações do enfermeiro sobre infecção em pacientes  
submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas /  
Evana Terezinha de Castro Zavadil. – Curitiba, 2010.  
77 f. : il.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani.  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz.  
Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde da Uni-  
versidade Federal do Paraná.

1.Infecção. 2.Cuidados de enfermagem. 3.Transplante de  
células-tronco hematopoiéticas. 4.Prática profissional. I. Título.

NLM: WY 152.5

## TERMO DE APROVAÇÃO

EVANA TEREZINHA DE CASTRO ZAVADIL

### REPRESENTAÇÕES DO ENFERMEIRO SOBRE INFECÇÃO EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

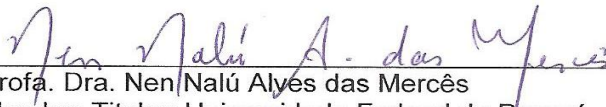
Orientadora:



Prof. Dra. Maria de Fátima Mantovani  
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR



Prof. Dra. Nágela Valadão Cade  
Membro Titular: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES



Prof. Dra. Nen/Nalú Alyes das Mercês  
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 16 de dezembro de 2010.

Dedico essa pesquisa ao meu esposo Paulo Zavadil, meus filhos Diego e Júlia, por terem compreendido e compartilhado essa jornada, sempre ao meu lado, apoiando, incentivando e compreendendo a minha ausência.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus esse Ser transcendental que pela onipresença impulsionou a concretização desta pesquisa.

Aos meus pais Wilson, e Elvina Castro (*In memoriam*) pela minha existência e base para minha formação ética e moral.

À minha querida família, irmãs, irmãos, cunhadas, cunhados, sobrinhos e sobrinhas, por sonharem juntos e oferecerem a mão amiga em todos os momentos.

À querida amiga Rute Barbosa com quem compartilhei meus medos, angústias dificuldades e vitórias durante essa caminhada, suas palavras de incentivo e carinho estarão eternamente em minha lembrança.

À doutora Maria de Fátima Mantovani, orientadora, pela generosa paciência que caracterizam os sábios. A leveza do seu “Ser”, seu sorriso, ficarão para sempre em minha lembrança. Obrigada por acreditar e me fazer acreditar no meu potencial.

À doutora Elaine Drehmer de Almeida Cruz, coorientadora, por compartilhar o seu saber e facilitar a construção de conhecimentos. Obrigada por acreditar no meu potencial.

À Euza Tieme Toyonaga Ortega, pelo direcionamento dos meus primeiros passos na enfermagem e por ter me iniciado no mundo da pesquisa a qual serei eternamente grata.

Às colegas Leomar Albini e Christiane Stier pelas valiosas contribuições ao compartilhar seus saberes e as palavras de estímulo, apoio e incentivo.

Ao chefe do Serviço de Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas Dr. José Zanis Neto, por consentir com a realização da pesquisa.

À Terezinha Keiko Kojo e Denise Helia de Lima colegas e companheiras pelo carinho, apoio, incentivo e liberação dos enfermeiros para participar dessa pesquisa.

Ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, agradeço pelo aprendizado.

Aos enfermeiros do Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa.

À coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, representada pelas doutoras Maria Ribeiro Lacerda e Mariluce Alves Maftum pelo apoio recebido durante a minha trajetória.

À todas as professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, que tornaram possível minha formação, minha gratidão por compartilharem as suas experiências.

Às doutoras Nágela Valadão Cade e Nen Nalú Alves das Mercês, que aceitaram participar da banca examinadora e contribuir para essa pesquisa.

Ao Grupo de Estudos multiprofissional em Saúde do Adulto da UFPR [GEMSA] pelas valiosas contribuições durante minha trajetória.

Às colegas Karine Fontana Maciel, Elis Ulbrich, Maria Lúcia Raimondo, Maria Luiza Segui, Débora Fegadoli, pelo apoio, incentivo e amizade.

À secretária do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Alcioni Freitas, obrigada pela atenção e colaboração durante minha formação.

Às colegas do mestrado agradeço o estímulo, as sugestões e o carinho durante os dois anos de convivência.

Às colegas Luciana Grittem, Darlene Burin, Ana Tereza Pécora, Solange Soares, Ademir Alves e Ana Ville, pelo carinho, apoio, incentivo, e por compreenderem meus períodos de afastamento.

A todos que de forma direta ou indireta tornaram possível a realização desta pesquisa.

A alegria por uma conquista pessoal  
consiste na tentativa de explicar o  
sentimento de felicidade.  
( Marcelo Luiz Gehlen)

ZAVADIL, E.T.C. **Representações do enfermeiro sobre infecção em transplante de células-tronco hematopoiéticas**. 2010. 79 p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani. Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz.

## RESUMO

A infecção em pacientes submetidos a Transplante de células-tronco hematopoiéticas é uma das principais complicações e relevante causa de mortalidade nessa população. Esta pesquisa objetivou identificar as representações dos enfermeiros sobre infecção em pacientes submetidos ao Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada no serviço de Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná com 36 enfermeiros assistenciais do transplante, no período de março a maio de 2010. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e analisados de acordo com análise de conteúdo. Como resultado emergiu duas categorias: infecção e a possibilidade de finitude humana e infecção e culpabilidade. Os enfermeiros relacionaram a infecção com a imunodepressão do paciente que pode culminar no óbito; esta representação se ancora no dia a dia desses profissionais, que consideram o condicionamento requerido para o tratamento como preditor de agravos, na segunda categoria, apreendeu-se nas falas, que este vivencia em seu cotidiano a culpabilidade frente à ocorrência de infecção, considerando que as medidas preventivas falharam. O enfermeiro sente-se responsável pela educação em saúde da equipe de enfermagem, multidisciplinar, paciente e cuidador. Para os enfermeiros a infecção em pacientes submetidos ao transplante é um problema cotidiano e sua ocorrência é relacionada negativamente à assistência prestada. O desafio para os enfermeiros assistenciais é centrado em medidas preventivas de infecção. Desse modo, utiliza o conhecimento técnico-científico em seu cotidiano com vistas a diminuir esses agravos.

Palavras-chave: Infecção, Cuidados de enfermagem, Transplante de células-tronco hematopoiéticas, Prática profissional.

ZAVADIL, E. T. C. **Nurse's representations about infection in hematopoietic stem cells transplant.** 2010. 79 p. Dissertation (Masters in Nursing) Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Supervisor: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Mantovani. Co-Supervisor: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Drehmer de Almeida Cruz.

### **ABSTRATC**

The infection in patients undergoing transplant hematopoietic stem cells is a major complication of this therapy and significant cause of mortality in this population; the professionals working in this specialty live daily with a series of complications. The objective of this research is to identify the representations of nurses about infection in patients undergoing transplantation of hematopoietic stem cells. This is a qualitative research conducted in Transplantation of Hematopoietic Stem Cell service's at Hospital de Clínicas of Universidade Federal do Paraná, of 36 clinical nurses from the transplanting, in the period from March to May 2010. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed according to content analysis. The data allowed to understand two categories: infection and the possibility of human finitude and Infection and culpability. The nurses related to infection with patient's immunosuppression that may result in death, this representation is grounded in day-to-day lives of these professionals, who consider the conditioning required for treatment as a predictor of injuries. Referring nurse as a vector for infections seized on the speech, was observed on this experience that in their daily a culpability felling its present against the occurrence of infection, whereas preventive measures have failed, because he feels responsible for health education of the nursing staff, multidisciplinary, patient and caregiver. For nurses, infection in transplant patients is an everyday problem and its occurrence is negatively related to health care. The challenge for clinical nurses is focused mainly on preventive measures of infection in this way, using the technical-scientific knowledge in their daily lives in order to reduce these infections.

Key words: Infection, Nursing, Transplantation hematopoietic stem Cells, Professional practice.

## LISTA DE SIGLAS

ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CPH	-- Células Progenitoras Hematopoiéticas
CTH	– Células-tronco Hematopoiéticas
CDC	– <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CCIH	– Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
COFEN	– Conselho Federal de Enfermagem
DECH	– Doença do enxerto contra o hospedeiro
EPI	– Equipamento de Proteção Individual
IFI	– Infecções fúngicas invasivas
IH	– Infecção hospitalar
IRAS	– Infecções relacionadas à assistência à saúde
HM	-- Higienização das mãos
MO	– Medula óssea
OMS	– Organização Mundial de Saúde
RS	– Representações sociais
SP	– Sangue periférico
TCTH	– Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1 A COMPREENSÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM TCTH .....	18
2.1.1 Cuidado do Enfermeiro a Paciente Submetido à TCTH .....	24
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>28</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	28
3.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	30
3.3 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS.....	31
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	31
3.5 SUJEITOS DA PESQUISA .....	32
3.6 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS .....	32
3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>34</b>
4.1 INFECÇÃO E A POSSIBILIDADE DA FINITUDE HUMANA .....	34
4.2 INFECÇÃO E CULPABILIDADE .....	51
<b>5 CONSIDERAÇÕES.....</b>	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos têm trazido contribuições relevantes para a área da saúde, com a implementação de novos recursos e novas técnicas de tratamento, e consequente prolongamento da vida (ANDERS, 2004). Nesse contexto, está o Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas (TCTH), que tem se desenvolvido, principalmente nos últimos vinte anos, como um importante método no tratamento das doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas (ORTEGA *et al.*, 2004).

Esse método é indicado para restabelecer a função medular e imune em pacientes com desordens malignas hematológicas (leucemia, linfoma, mieloma), desordens da medula óssea não maligna adquirida (anemia aplástica) e doenças genéticas associadas à função hematopoiética normal (talassemia, anemia falciforme, imunodeficiência combinada severa). É também utilizado para suporte a pacientes que utilizam quimioterapia de altas doses no tratamento de doenças malignas, como o câncer de mama, ovários e células germinativas (PADZUR *et al.*, 2003).

O TCTH pode ser definido como o processo de substituição da medula óssea doente ou suprimida pela medula óssea normal. Isto é, consiste na transferência de células-tronco hematopoiéticas (CTH) do indivíduo doador para o receptor, e tem como finalidade restabelecer o estado funcional da medula óssea (INCA, 2008).

Após a infusão de CTH, o paciente permanece em aplasia medular por um período aproximado de duas a três semanas. Nessa fase o risco de complicações, como infecção, sangramento, mucosite, diarreia e doença do enxerto contra hospedeiro aguda, aumenta (ORTEGA *et al.*, 2004).

As infecções ocorrem como resultado da profunda depressão na imunidade, causada pela aplasia medular e por inúmeros outros fatores como, por exemplo, a doença de base, os tratamentos anteriores, o regime de condicionamento, os esquemas de imunossupressão para prevenção da doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH), a própria DECH e a terapia adicional para doença de base após o transplante. Esses fatores podem comprometer os elementos de defesa do organismo: pele, membranas e mucosas, imunidade celular específica (linfócitos T e B) e inespecífica (fagócitos) e componentes da imunidade humoral (imunoglobulinas e complemento) (MACHADO *et al.*, 2009).

A imunossupressão, necessária à realização do TCTH, é caracterizada pela perda da imunidade celular derivada dos linfócitos T e B do receptor, deixando o paciente vulnerável a infecções oportunistas. A maioria dessas ocorre no período de neutropenia, cujo número absoluto de neutrófilos fica abaixo de  $1000/\text{mm}^3$  (CANELA, 2004). Em um primeiro momento, as bactérias são as principais causadoras de infecções devido à quebra da barreira física das mucosas, da destruição de células fagocíticas (representadas pelos macrófagos) e das células *natural killer* (RUIZ; LORENZATO, 2004).

Em se tratando de pacientes neutropênicos estima-se que 2/3 dos episódios febris são causados por infecções, dentre as quais se destacam as infecções bacterianas, em particular as infecções da corrente sanguínea. O terço restante tem causas não-infecciosas, que podem ser reações a drogas, como os imunossupressores que podem ocasionar mucosite e DECH (MACHADO *et al.*, 2009).

Assim, a suscetibilidade inerente do paciente a infecções está relacionada ao fato de que o *déficit* nas defesas do organismo favorece a ação deletéria de microorganismos e decorrentes do desequilíbrio entre a microbiota que habita o corpo humano e os mecanismos de defesa do indivíduo (CANELA, 2004).

O serviço de TCTH requer profissionais especializados. Cuidar de um paciente submetido ao transplante infere uma busca incessante de conhecimentos. É fundamental à equipe conhecer as possíveis complicações, que podem ocorrer em cada etapa do transplante, para a prevenção e detecção precoces, a fim de que possa direcionar medidas de acordo com cada situação, visando minimizar os efeitos e proporcionar melhor restabelecimento do paciente (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009).

A assistência ao paciente portador de doença oncológica, incluindo as neoplasias hematológicas, envolve aspectos de acolhimento, confiança, estabelecimento de vínculo. Porém muitas vezes o profissional de saúde sente-se despreparado para lidar com situações de perda, frustrações e morte, necessitando de apoio psicológico (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005). É preciso ressaltar que o profissional pode ser um especialista em questões de saúde, no entanto, é também um ser humano que se propõe a cuidar, apesar da tarefa ser, muitas vezes, árdua (PALAEZ DORO, 2004).

Assim, o enfermeiro vivencia frequentemente, sentimentos de angústia desde o primeiro contato com pacientes e familiares, ocasião em que são fornecidas informações sobre o transplante e suas fases, possíveis complicações e, principalmente, sobre o risco de vida associado. Essa tensão prolonga-se durante a internação, período em que a qualidade do cuidado é essencial para a sobrevivência do paciente (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Essas percepções foram por mim vivenciadas nos 13 anos que trabalhei no cuidado direto a estes pacientes. A angústia e a impotência frente ao inevitável foram minhas companheiras, pois a qualquer sinal de complicação, a despeito de toda tecnologia verificava-se que a morte muitas vezes era inevitável.

Percebe-se, como um dos grandes desafios do serviço de TCTH, atender às necessidades biológicas, psíquicas, sociais e espirituais do paciente, as quais incluem o processo de dor que este enfrenta por procedimentos invasivos, efeitos colaterais de drogas ou infecções. O enfermeiro realiza o cuidado e partilha sentimentos decorrentes do tratamento, muitas vezes com limitações impostas pela condição do transplantado, também compartilha com o grupo de profissionais complicações inerentes a essa terapêutica.

Neste contexto, considerando que as infecções são uma das principais complicações do TCTH, e a principal causa de óbito (MACHADO *et al.*, 2009), pode-se afirmar que constituem um grande desafio à equipe com vistas à redução do risco e dos custos financeiros. Frente à morbidade e à mortalidade associadas, é justificado o investimento em pesquisas relacionadas à prevenção e ao controle de infecções em TCTH, principalmente relacionadas ao enfermeiro que desenvolve habilidades peculiares para o cuidado. Assim nessa pesquisa, acreditou-se que o enfermeiro possui representações em relação à infecção que acomete o paciente que se submete ao TCTH; e que estas influenciam o comportamento e práticas deste na unidade de transplante.

Nos últimos anos, um número significativo de pesquisas sobre representações sociais (RS) tem sido realizadas em estudos descritivos e conceituais. A característica desse tipo de estudo é o conhecimento, coletivamente compartilhado, de imagens, crenças, metáforas e símbolos em um grupo, comunidade, sociedade ou cultura (WAGNER, 1998). Nesta pesquisa estas representações serviram de base para a compreensão de como os enfermeiros

apreendem as infecções do paciente em Transplante de Células-tronco hematopoiéticas (TCTH).

As representações caracterizam-se por meio das relações humanas socialmente elaboradas e coletivamente compartilhadas. Nas relações sociais, elas se caracterizam pela comunicação, visto que os indivíduos vão construindo-as ao partilhar imagens e ideias, mutuamente aceitas, e que fortalecem os vínculos e tornam as situações familiares, incorporando-as ao seu meio. Deste modo, verifica-se que as representações estão presentes sempre que as pessoas se deparam com diferentes situações e familiarizam-se com elas e nesse sentido, influenciam o comportamento humano e o convívio social (COELHO, 2008).

Na enfermagem o estudo das RS é recente, e estas têm sido utilizadas como referencial teórico por vários autores e utilizadas em trabalhos de diferentes campos, como em saúde mental (LEÃO; BARROS, 2008) e em doenças crônicas (MANTOVANI *et al.*, 2008; COELHO, 2008). Mercês (2009) abordou as RS em TCTH e o cuidado de enfermagem e considerou que “o cuidado faz parte do processo do transplante como produto e processo social particular e socialmente partilhado” (MERCÊS, 2009, p. 186).

Mercês (2009) considerou a representação do enfermeiro como uma modalidade terapêutica que se ancora na ciência e conhecimentos técnicos da especialidade e na possibilidade do prolongamento da vida. Em contrapartida, gera sofrimento com a possível recidiva da doença e a proximidade com a morte. Por outro lado, na visão do paciente transplantado o procedimento representa a vida, a esperança na cura real da enfermidade e a possibilidade do viver sem a doença.

Nas infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS), as RS possibilitam verificar a influência do grupo no comportamento dos indivíduos. Ressaltando-se a importância de se observar o sujeito em processos intelectuais, culturais, emocionais e afetivos na busca da eficácia das condutas e intervenções relacionadas à assistência realizada por profissionais da saúde (SANTOS *et al.*, 2008; MOURA *et al.*, 2008; VALLE *et al.*, 2008).

No estudo Santos *et al.*, (2008) os autores também evidenciaram que os profissionais de enfermagem estabelecem o conceito de infecção hospitalar (IH) conforme o meio em que estão inseridos, baseados em suas percepções e conhecimentos preestabelecidos, visto que associam a representação de IH à

instituição e influenciaram ao mesmo tempo a conduta e o comportamento do enfermeiro na prevenção de infecções.

Desse modo, percebe-se que as RS são compartilhadas e construídas coletivamente. Assim, produzem e determinam comportamentos de acordo com a natureza dos estímulos que os cercam, provocando nos indivíduos o significado das respostas a serem divididas com o grupo (MERCÊS, 2009).

Assim, entende-se que esta pesquisa, ao abordar as representações dos enfermeiros, pode trazer novos elementos para a reflexão sobre as práticas assistenciais para prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde de pacientes de TCTH.

Partindo-se do pressuposto de que a representação do enfermeiro sobre infecção norteia o cuidado em pacientes transplantados, questiona-se: “Quais as representações dos enfermeiros relacionadas à infecção em pacientes submetidos a Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas?”.

Frente ao exposto, o objetivo desta pesquisa foi identificar as representações dos enfermeiros sobre infecção em pacientes submetidos ao Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste item abordam-se questões teóricas referentes à infecção relacionada à assistência à saúde e ao cuidado do enfermeiro à paciente submetido à TCTH.

### 2.1 A COMPREENSÃO DAS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE EM TCTH

Infecção Hospitalar (IH) é definida pelo Ministério da Saúde como aquela adquirida pelo paciente durante a internação ou após a alta, e que possa ser relacionada à internação ou aos procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998). É considerada um desafio às instituições de saúde. Sua incidência determina o aumento da morbimortalidade, o tempo de hospitalização, o emprego de meios diagnósticos complementares e o uso de antibióticos (ANDRADE; LEOPOLDO; HAAS, 2006; VRANJAC, 2007). Na atualidade o termo, “infecção hospitalar” foi substituído por infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS) uma vez que este agravo não se restringe à assistência hospitalar.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n.º 2.616 de 1998, estabelece medidas para prevenção e controle de infecções hospitalares, e diretrizes para a composição e organização do Programa de Controle de Infecções Hospitalares. Inclui critérios de diagnóstico, vigilância epidemiológica e indicadores epidemiológicos destes agravos (BRASIL, 1998).

Estima-se que um a cada dez pacientes internados terá infecção após a admissão hospitalar (VRANJAC, 2007). Os principais desafios ao seu enfrentamento, segundo Fernandes (2008), estão relacionados com o paciente e sua doença de base, procedimentos invasivos, microbiota hospitalar, profissionais envolvidos no cuidado e medidas de prevenção. Princípios básicos de prevenção estão incluídos nas medidas de precauções-padrão que foram elaboradas inicialmente em 1987 pelos *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) com recomendações que devem ser seguidas no cuidado a todos os pacientes, independente de sua condição clínica (SIEGEL *et al.*, 2007).

A maioria das IRAS tem sua origem na microbiota endógena, que se caracteriza pela microbiota humana própria, sendo essas favorecidas por procedimentos invasivos e uso de antibióticos e quimioterápicos (CANELA, 2004; FERNANDES, 2008). Por outro lado, a transmissão cruzada de micro-organismos está associada a artigos, insumos, medicamentos e falhas em princípios de higiene, principalmente das mãos, que são instrumentos de trabalho e, sabidamente o principal veículo de propagação desses agentes (CRUZ, 2008; FERNANDES, 2008).

As infecções podem ser consideradas um desequilíbrio entre o hospedeiro e o microorganismo na cadeia epidemiológica do indivíduo transplantado e sua microbiota, tornando-o suscetível a infecções. Quando se considera o paciente imunocomprometido torna-se fundamental a adoção de rigorosas medidas para prevenção e controle de infecção (CANELA, 2004). Assim, o conhecimento das diferenças básicas entre as diversas modalidades e fases do transplante e decorrentes da imunodepressão, é útil para instituir medidas profiláticas e terapêuticas. Essas são compreendidas no regime preparatório ou de condicionamento, em que o paciente é submetido a um protocolo de quimioterapia e/ou radioterapia que compreende o dia -7 a -1 (menos sete a menos um); infusão de células-tronco hematopoiéticas dia 0 (zero); e suporte clínico das complicações dia + 1 (mais um) até a alta hospitalar (ORTEGA *et al.*, 2004).

Há fatores que predisõem as complicações do TCTH relacionados à doença de base e tratamentos anteriores. O regime de condicionamento, os esquemas de imunossupressão para a prevenção ou o tratamento da doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) influenciam a epidemiologia de infecções que acometem o paciente submetido ao transplante (MACHADO *et al.*, 2009).

Os pacientes que recebem células progenitoras hematopoiéticas alogênicas, provenientes da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue de cordão umbilical, estão sujeitos a desenvolver a DECH que se caracteriza por uma reação imune das células do doador contra as células do receptor. Esse processo tem como fatores de risco a idade do receptor, a compatibilidade do Antígeno Leucocitário Humano, o tipo de doador, a imunoprofilaxia, a fonte de células-tronco hematopoiéticas e as infecções prévias (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009).

Considerando fatores associados a infecções em pacientes submetidos à TCTH, Orsi (2005) avaliou, retrospectivamente, 56 pacientes incluídos

randomicamente e comparou transplante de células progenitoras hematopoiéticas de sangue periférico (SP) e de medula óssea (MO). Constatou que o emprego de corticoide, imunossupressores e antibioticoprofilaxia são importantes fatores para a ocorrência de infecções. A taxa de mortalidade no grupo MO foi de 55% comparado a 38% no grupo de SP, tendo como causas predominantes as complicações infecciosas.

Nesse sentido, as complicações infecciosas dependem também do ponto de vista diagnóstico e da terapia utilizada, pois saber que tipo de imunodeficiência que predomina em uma determinada fase do transplante tem importância prática, pois o comprometimento de cada sistema de defesa causa infecções por diferentes patógenos. Também se destaca que há patógenos comumente encontrados em hemoculturas de pacientes submetidos ao TCTH e relacionados à época do transplante, de acordo com cada sistema de defesa. São exemplos: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* sp. *Aspergillus* sp., e *Fusarium* sp., no período de neutropenia; vírus sincicial respiratório em qualquer fase do transplante; *Nocardia*, *Listeria* e *Micobacterium* no período pós-pega do enxerto, entre outros (MACHADO *et al.*, 2009).

As infecções bacterianas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes transplantados, pois no período de neutropenia, que compreende os primeiros trinta dias do tratamento, o paciente está mais vulnerável às infecções bacterianas. A melhora na cobertura antibiótica tem alterado sua incidência e prevalência nas últimas décadas, sendo as culturas de vigilância uma estratégia para a identificação de agentes infecciosos e para nortear a terapia (NAOUM; MARTINS; CASTRO *et al.*, 2002).

Neste contexto, a terapia antibacteriana deve ser escolhida com base na epidemiologia do local, visto que cada centro de transplante possui determinado micro-organismo comum e deve ser administrada a todos os pacientes febris de TCTH, independentemente da presença de neutropenia. Esta abordagem é justificada pela alta incidência de bacteremia em qualquer período pós-transplante e pela alta taxa de mortalidade observada quando o tratamento adequado é retardado, especialmente em infecções causadas por patógenos específicos, como exemplo os bacilos Gram-negativos (CASTAGNOLA; FARACI, 2009).

Portanto, a conduta de aguardar a identificação da causa da febre para iniciar a utilização de antibiótico é inadequada, considerando que a febre pode ser apenas

o primeiro sinal de sepse fulminante. A escolha do esquema antibiótico inicial em paciente neutropênico febril deve ser empírica na maioria das situações clínicas, devendo ser ajustada na sequência e baseada nos resultados de culturas e antibiograma (MACHADO *et al.*, 2009).

Quanto à incidência e às características de infecções no período de 100 dias pós transplante de células de cordão umbilical e placentário, Yazaki *et al.* (2009) avaliaram 664 pacientes pediátricos e 1.208 adultos. De 315 bacteremias, 74% foram causadas por bactérias Gram-positivas. Pneumonia ocorreu em 39 pacientes, incluindo 13 casos por *Stenotrophomonas maltophilia*. Os pesquisadores concluíram que a média de tempo de desenvolvimento das infecções bacterianas foi de 10 dias após o transplante.

No que diz respeito às infecções da corrente sanguínea em TCTH, Bergamasco *et al.* (2007) referem que são complicações comuns, principalmente no período precoce pós transplante. Avaliaram o perfil microbiológico destas infecções no período de quatro anos e concluíram que dos 149 pacientes submetidos ao TCTH, 39 desenvolveram 56 episódios de infecção, desses, 46% foram por bactérias Gram-positivas, 32% por Gram-negativas, 11% por leveduras e 11% de origem polimicrobiana.

O estudo de Cardoso *et al.* (2007) investigou a associação entre as infecções de corrente sanguínea e o uso de cateteres vasculares centrais, por um período de 10 anos, em todos os pacientes internados na unidade de transplante de medula óssea. Entre os 622 pacientes admitidos no período, 51,7% desenvolveram sepse clínica, sendo 48,3% laboratorialmente confirmadas. Houve predomínio de bacilos Gram-negativos (60%), seguidos pelos cocos Gram-positivos (31%) e fungos (6,0%).

O emprego rotineiro do cateter venoso central de longa permanência, usado nos programas de transplante, embora favorável, não é isento de complicações como obstrução, fratura ou ruptura, migração e infecção (ORTEGA *et al.*, 2004). Este dispositivo é um fator de risco à sobrevida, visto que micro-organismos podem contribuir para infecções quando formam biofilme<sup>1</sup>, o que dificulta a ação de antibióticos; e também pela colonização do *lúmen* do cateter (OLIVEIRA e SILVA, 2008).

---

<sup>1</sup> Biofilme, segundo Oliveira e Silva (2008), é o processo de colonização e multiplicação no lúmen de dispositivos invasivos.

Estudo de Almeida (2005) envolveu 53 pacientes com uso de cateter de *Hickman*® submetidos ao TCTH, no qual observou, diariamente, sinais de infecção, fluxo e refluxo dos dois lúmens, e posicionamento do cateter. Verificou também que durante o período de um ano 78% dos cateteres foram removidos devido a complicações. A infecção da corrente sanguínea foi à complicação mais frequente, seguida de colonização do cateter, febre de origem indeterminada, infecção do túnel, óbito por septicemia, septicemia, problemas relacionados ao posicionamento e fixação, e trombose venosa profunda. Apenas dois cateteres permaneceram isentos de complicações, sendo a infecção a causa mais comum de sua remoção.

Estudo realizado por Hamerschlak *et al.* (2006) envolvendo 16 centros brasileiros de transplante de medula óssea, e 731 pacientes (205 submetidos ao TMO autogênico e 526 pacientes ao transplante alogênico), constatou que 43,4% dos pacientes evoluíram para óbito, sendo a recidiva da doença a principal causa. A infecção foi à segunda causa de óbito, sendo a bacteriana observada em 54% dos casos, sendo que em 40 casos a infecção foi por *Staphylococcus* sp., em 30 por *Pseudomonas* sp. e em 17 por Enterococos. A infecção viral comprometeu o transplante de 37,5% dos pacientes e 14% tiveram infecção fúngica. Em outro estudo, Oliveira *et al.* (2007) analisaram a epidemiologia de bacteremias em 13 centros de TCTH no Brasil. Demonstrou que entre 411 pacientes, a febre ocorreu em 333, e 91 desenvolveram bacteremia, sendo 47% causadas por bactérias gram-positivas, 37% eram por Gram-negativos multirresistentes e os 16% restantes foram infecções de etiologia mista.

Embora as bactérias (particularmente encapsuladas e Gram-negativas) continuem a serem os principais agentes etiológicos, infecções fúngicas invasivas causadas por fungos filamentosos (*Aspergillus* sp. e *Fusarium* sp.) têm sido relatadas com frequência (OLIVEIRA; NUCCI, 2007). As infecções fúngicas invasivas (IFI) representam a principal causa de óbito em receptores de TCTH, sendo em sua maioria causadas por *Aspergillus*, *Candida*, *Fusarium* e zigomicetos. No Brasil a aspergilose invasiva é a mais freqüente em transplante alogênico, seguida de candidíase invasiva e fusariose. (MACHADO *et al.*, 2009).

Garcia-Vidal *et al.* (2008) estudaram 1.248 pacientes submetidos a transplante alogênico por um período de quatro anos, desses 163 (13,1%) receberam diagnóstico de sepse por *Aspergillus*, a incidência de outros fungos manteve-se baixa (< 2%). Como fatores de risco predominaram a DECH e as

infecções por citomegalovírus. Os pesquisadores concluíram que a aspergilose invasiva pós transplante é multifatorial e varia de acordo com o período do transplante.

Em estudo semelhante, realizado durante três anos, envolveu 166 pacientes que realizaram transplante autogênico e autólogo, a incidência de aspergilose invasiva nos autogênicos foi de 23% e candidíase invasiva foi de 3%, sendo a fase de neutropenia e de condicionamento de intensidade reduzida os principais fatores de risco associados. E em relação ao transplante autólogo a aspergilose invasiva foi de 8% e a candidíase invasiva de 2% sendo considerado como único fator de risco a duração do período de neutropenia (POST *et al.*, 2007).

Quanto às infecções virais em TCTH, os agentes de maior relevância são os vírus da família *Herpesviridae*, entre eles o Citomegalovírus (CMV), o vírus do herpes simplex, varicela-zóster, *Epstein barr*, e o herpes-vírus humano 6. A morbimortalidade dessas infecções pode variar de acordo com o tipo de transplante (alogênico, autólogo), grau de parentesco entre o doador e receptor, e fonte das CTH (MACHADO *et al.*, 2009).

No Brasil, cerca de 90% da população adulta apresenta anticorpos para CMV, evidenciando infecção pregressa. Nas situações de imunodepressão, após o condicionamento e na profilaxia e no tratamento da DECH, é frequente a reativação de infecções latentes, como as causadas por herpesvírus. A reativação ocorre com maior frequência entre o trigésimo e o centésimo vigésimo dias pós-transplante (MACHADO *et al.*, 2009).

A questão da infecção, entre outros aspectos relativos à especificidade do serviço de células-tronco hematopoiéticas, foi considerada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 931, de 02 de maio de 2006, que aprovou o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas, neste houve o estabelecimento de critérios técnicos de indicação dos transplantes e outros precursores hematopoiéticos, também normas para autorização, funcionamento e renovação de estabelecimentos de saúde/equipes para a realização de TCTH e credenciamento/habilitação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

O uso de CTH, além da medula óssea, ocasionou mudança da terminologia a qual foi normatizada pela portaria nº 931, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O termo Transplante de Medula Óssea foi alterado para Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas. São consideradas fontes de Células- tronco Hematopoiéticas além

da Medula Óssea, as Células Precursoras de Sangue Periférico e Sangue de Cordão Umbilical e Placentário (ORTEGA *et al.*, 2004. INCA, 2008).

Quanto ao tipo de transplante, é denominado: a) TCTH Autólogo - Quando as células-tronco hematopoiéticas provêm da medula óssea ou do sangue periférico do próprio indivíduo a ser transplantado (receptor); b) Alogênico - Quando as células-tronco hematopoiéticas provêm da medula óssea, do sangue periférico ou do sangue de cordão umbilical de outro indivíduo (doador); c) Alogênico aparentado - Quando o receptor e o doador são consanguíneos; d) Alogênico não-aparentado - Quando o receptor e o doador não são consanguíneos (BRASIL, 2006).

Quanto ao tipo de condicionamento são utilizados: a) TCTH com mieloablação que consiste em Transplante convencional alogênico para o qual se utilizam altas doses de agentes citotóxicos no condicionamento pré-transplante, com o objetivo de destruição completa da medula óssea do receptor, antes da infusão de células-tronco hematopoiéticas obtidas do doador; b) Sem mieloablação, quando se minimiza a intensidade ablativa do tratamento com agentes citotóxicos do receptor pré-infusão das células-tronco do doador (BRASIL, 2006).

### 2.1.1 Cuidado do Enfermeiro a Paciente Submetido à TCTH

Na Enfermagem tem sido enfatizada a importância de se observar o sujeito em sua totalidade, com vistas a tornar plausível a efetividade das intervenções e mudanças de comportamentos relacionados ao cuidado. Nesse sentido, a representação pode descrever fatos de várias formas, dependendo da situação, uma vez que a sociedade é formada por indivíduos, e estes são pessoas que possuem ideais, anseios e escolhas, além de viver ou suportar influências de fatores como ambiente, trabalho e família (SANTOS *et al.*, 2008).

Estudo Moura *et al.* (2008) evidenciou a representação dos enfermeiros na temática IH, como um risco a que pacientes e profissionais estão expostos no ambiente hospitalar devido a micro-organismos resistentes e ao uso indiscriminado de medicamentos. Em estudo semelhante, os autores analisaram as representações que orientam as condutas dos profissionais de enfermagem relacionadas à biossegurança. Percebeu-se que os profissionais reconhecem a importância e o

valor das normas de biossegurança, mas absorvem parcialmente, em sua prática, as medidas necessárias para a prevenção e o controle dos agravos (VALLE *et al.*, 2008).

Considerando que as atitudes de trabalhadores em saúde são influenciadas por crenças pessoais (CRUZ, 2008) e que a vivência do enfermeiro do TCTH inclui o cuidado a pacientes em diferentes faixas etárias, o enfermeiro não só se preocupa com questões relacionadas ao conhecimento das patologias, mas também em prestar assistência integral, incluindo a prevenção e o controle de infecções. Os profissionais do serviço de TCTH enfrentam com o paciente e familiar os efeitos adversos do tratamento, os quais despertam emoções, conforme a singularidade de cada um, e que podem desencadear elementos estressores frente à alta morbidade e mortalidade vivenciadas (PELAEZ DORO, 2004).

Essa situação provoca a busca do conhecimento sobre a evolução e o tratamento da doença, bem como o aspecto emocional que esta condição impõe, não só ao paciente, mas também à família e aos profissionais envolvidos no cuidado (RECCO; LUIZ; PINTO, 2005).

O cuidado do enfermeiro em TCTH, além de envolver rotinas e técnicas próprias decorrentes de sua especificidade e do longo contato com o paciente durante a internação, exige que este considere a dinâmica existencial do paciente e compreenda a multidimensionalidade dessa experiência, que pode significar a continuidade ou a interrupção da vida (MANTOVANI, 2004).

Neste contexto ressalta-se que o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) estabeleceu, por meio da Resolução 200 de 15/04/1997, a atuação dos profissionais de Enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea (COFEN, 1997). Esta aborda como objetivos: a) assegurar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem em todo o processo hemoterápico e transplante de medula óssea no âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar; b) promover a humanização dos procedimentos relativos à hemoterapia e ao transplante de medula óssea e, c) garantir os direitos à vida e à dignidade do homem, no pleno exercício das ações de Enfermagem, desenvolvidas no processo hemoterápico e no transplante de medula óssea.

Entre as atribuições do enfermeiro no transplante de medula óssea estão: a) executar procedimentos técnicos específicos relacionados a todo o processo do transplante; b) desenvolver e participar de pesquisas; c) planejar, executar,

coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem na assistência ao paciente submetido a transplante de medula óssea, em níveis hospitalar, ambulatorial e domiciliar; d) realizar consulta de Enfermagem; e) promover a educação e a orientação de pacientes submetidos a transplante de medula óssea e de seus familiares; f) participar da equipe multiprofissional, procurando garantir uma assistência integral ao doador, receptor e familiares entre outros (COFEN, 1997).

As informações aos pacientes e familiares sobre os cuidados pertinentes ao paciente submetido ao TCTH são detalhadas pelo enfermeiro e/ou equipe no momento da internação, a fim de facilitar o entendimento e a adaptação, proporcionando segurança e conforto ao mesmo. Desse modo, a compreensão do processo de cuidado poderá auxiliar na percepção de sinais e sintomas da doença, sendo essa a maneira de minimizar riscos, formas de prevenir complicações e medidas de promoção da saúde (ORTEGA *et al.*, 2004; HONÓRIO; CAETANO, 2009).

Devido à complexidade associada ao TCTH os pacientes precisam permanecer um longo período internados sob cuidados rigorosos de isolamento (ORTEGA; SETLMATCHUK; CRISTOFF, 2009). Nesse sentido a orientação de medidas de isolamento protetor aos familiares e visitantes ao entrar na unidade é realizada pelo enfermeiro incluindo o cuidado com higienização das mãos, uso de máscara e avental. Diante disso, a família é elemento essencial ao cuidado, sendo enfatizadas medidas de prevenção de infecções pela manipulação de objetos, alimentos que podem ser consumidos, roupas que podem ser usadas, entre outros.

Após receber o paciente na unidade de internação o enfermeiro encaminha-o ao leito disponível e realiza a entrevista e o exame físico, com objetivo de observar alterações que podem direcionar a ação da equipe multidisciplinar do serviço e oferecer subsídios para as intervenções de enfermagem (ORTEGA *et al.*, 2004). Essas são definidas como qualquer tratamento, fundamentado no julgamento clínico e conhecimento, realizado pelo enfermeiro com o objetivo de alcançar a cura ou prolongar a vida (MCCLOSKEY; BULECHEK, 2008). Diante disso, a equipe de enfermagem deve estar atenta para perceber sinais e sintomas que o paciente apresentar, bem como tomar medidas cabíveis a cada situação.

Considerando que as complicações infecciosas são a principal causa de mortalidade em receptores de TCTH, sendo responsáveis por aproximadamente 20% de óbitos nas quais geralmente ocorrem nos primeiros 100 dias após o

transplante, o enfermeiro poderá contribuir significativamente para sua prevenção e controle, ou mesmo quando há suspeita e/ou confirmação de processos infecciosos (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009).

Ainda, Ortega; Stelmachuk e Cristoff (2009) referem que a equipe de enfermagem deve intervir na prevenção e no controle de infecções, e propõem medidas como: a) usar a técnica correta da higiene das mãos, antes e depois do cuidado ao paciente; b) uso de Equipamento de proteção Individual (EPI) em cuidados rotineiros, para evitar infecção cruzada; c) adotar medidas de isolamento protetor; d) orientar, ensinar e realizar cuidados de higiene corporal e cavidade oral; e) atentar para os cuidados com o curativo e cateter venoso central, manuseando cuidadosamente e dentro de técnica asséptica; f) oferecer ao paciente alimentos com baixo teor de microorganismos; g) educar e monitorar pacientes, familiares e membros da equipe de saúde sobre as precauções contra a transmissão de infecções, entre outras medidas.

Além dessas medidas, há a necessidade permanente do enfermeiro aplicar conhecimentos científicos às situações práticas que surgem a cada momento, o que torna evidente uma aproximação existencial e integral do enfermeiro com o paciente (PALAEZ DORO, 2004). Deste modo, no cuidado ao paciente criticamente doente, deve-se considerá-lo como um ser complexo, cujas necessidades transcendem o aspecto biológico (FOWLER; SÁ, 2009).

O cuidado aos pacientes não implica somente a dimensão técnica, mas também saber lidar com emoções e sentimentos (RODRIGUES, 2004). O enfermeiro deve estar apto a apoiar o paciente e sua família durante os desconfortos físicos, emocionais, culturais, sociais e espirituais (ORIÁ; MORAIS; VICTOR, 2004; RECCO; LUIZ; PINTO, 2005). Sensibilizado para perceber a individualidade do paciente hospitalizado, o qual, na maioria das vezes, é capaz de decidir e/ou opinar sobre o cuidado a ser realizado. Esta atitude facilita o processo de recuperação, diminui o tempo de internação e, por consequência, a ocorrência de infecções (ORIÁ; MORAIS; VICTOR, 2004).

Nesse contexto, a assistência integral conduzirá o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro do TCTH, tornando-o capaz de criticar e edificar uma realidade mais humana e menos invasiva para as pessoas que diariamente vivenciam o hospital (FOWLER; SÁ, 2009).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa é de natureza qualitativa do tipo descritiva, embasada nas representações sociais. A pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem e entendem suas experiências do mundo social. Procura interpretar os fenômenos sociais em suas interações e seus comportamentos (POPE; MAYS, 2009).

Segundo Martinelli (1999), na pesquisa qualitativa busca-se o entendimento dos fatos a partir da interpretação que o sujeito faz de sua vivência diária e é por isso que não é só a visão do pesquisador em relação ao problema elencado, mas também o que o sujeito discorre a respeito do que está sendo pesquisado. Para conhecer a vivência cotidiana do sujeito é necessário ter claro o reconhecimento de sua singularidade. Assim, é necessário ouvi-lo, dando-lhe a possibilidade de revelar-se através da linguagem, ação e outras formas de expressão. Nas pesquisas qualitativas o sujeito e o mundo real relacionam-se, considerando que o concreto e a subjetividade do homem estão ligados de forma inseparável.

A pesquisa descritiva caracteriza-se pela necessidade de descobrir uma situação desconhecida, da qual se quer obter maiores informações (LEOPARDI, 2001). Tem como preocupação observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los (GIL, 2007).

No que diz respeito ao vocábulo “representação” seu conceito possui origem medieval e indica: imagem, ideia ou ambas. O uso desse termo foi sugerido pelos escolásticos pelo conceito de conhecimento como “semelhança” do objeto. Para Tomás de Aquino “representar algo” significava conter a semelhança da coisa. Foi somente no fim da escolástica que esse termo passou a ser mais usado para indicar o significado das palavras (SANTOS, 1997).

Entre os séculos XIV e XV, o pensamento de Ockham foi disseminado com força entre as Universidades Europeias (SANTOS 1997). Para ele, representar consistia em três significados fundamentais:

Em primeiro lugar designa-se com este termo aquilo por meio do qual se conhece algo; assim representar significa ser aquilo com que se conhece alguma coisa. Em segundo, conhecer alguma coisa, após cujo conhecimento conhece-se outra coisa, nesse sentido a imagem representa aquilo que é imagem no ato de lembrar. Em terceiro, entende-se causar o conhecimento do mesmo modo como o objeto causa o conhecimento (ABBAGNANO, 2007, p.1007).

Assim, para Ockham no primeiro caso, a representação é a *ideia* no sentido mais geral; no segundo é a *imagem*; no terceiro, é o próprio *objeto*. Portanto, esses são todos os possíveis significados do termo, que voltou a ter importância com a noção cartesiana de “ideia” ou “imagem” da coisa. (ABBAGNANO, 2007).

O conceito de representação social se associa historicamente à concepção proposta por Durkheim, em 1912, que usava o termo “representação coletiva” a qual destacava a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para esse autor, as representações coletivas reúnem diferentes formas de pensamentos e saberes partilhados coletivamente, assim constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças como ciência, religião, mito entre outros (HERZLICH, 2005).

A partir da concepção de Durkheim, em 1960, Moscovici começou a questionar o lugar que as representações ocupam em uma sociedade pensante. Assim, procurou reabilitar o conhecimento baseado no senso comum que se fundamenta na linguagem e práticas cotidianas. Desse modo Moscovici enfatiza o termo “social” em vez de “coletivo” (MOSCOVICI, 2009).

As representações sociais, para Moscovici (2009) servem como guia de ação, uma vez que moldam e compõem os elementos do contexto no qual o fenômeno ocorre. Assim sendo, elas se sustentam por influências sociais da comunicação que estabelece a nossa ligação com os outros e constroi a realidade do nosso cotidiano.

O autor refere que:

[...] as representações sociais se tornam capazes de influenciar o comportamento do indivíduo participante de uma coletividade. É dessa maneira que elas são criadas internamente, mentalmente, pois é dessa maneira que o próprio processo coletivo penetra como o fator determinante, dentro do pensamento individual. Tais representações aparecem, pois para nós, quase como que objetos materiais, pois eles são o produto de nossas ações e comunicações (MOSCOVICI, 2009, p.40).

Para Jodelet (1989), as RS dizem respeito à maneira como os sujeitos sociais apreendem os acontecimentos da vida cotidiana, as informações e pessoas do seu contexto. Ou seja, refere-se ao conhecimento que acumulam a partir de

experiências, saberes e pensamentos recebidos e transmitidos pela tradição, pela educação e comunicação social.

As RS, além de serem compartilhadas, são construídas socialmente. Desse modo, produzem e determinam comportamentos, definindo simultaneamente a natureza dos estímulos que cercam e provocam os indivíduos, e o significado das respostas a serem dadas. Ainda, “as representações são o resultado de um contínuo burburinho e diálogo entre indivíduos, diálogo esse tanto interno, quanto externo, durante o qual as representações ecoam ou são construídas ou transformadas” (MERCÊS, 2009, p.78).

### 3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no serviço de TCTH do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), vinculado ao Ministério da Educação, considerado o maior hospital público do Estado. Presta assistência de média e alta complexidade e é campo de ensino para cursos técnicos profissionalizantes, de graduação, especialização, mestrado e doutorado em diversas áreas do conhecimento. Tem por Missão “Prestar Assistência Acreditada à Comunidade, garantindo Campo para a Assistência em Cuidado, Ensino, Pesquisa e Extensão” (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, 2010).

O Serviço de TCTH é considerado centro de referência e excelência. O primeiro transplante do serviço do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná foi realizado em outubro de 1979, sendo pioneiro no Brasil e na América Latina. Atualmente já realizou aproximadamente 2000 transplantes (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR, 2010).

Presta assistência de alta complexidade, sendo campo de ensino que capacita enfermeiros estagiários para apreender o cuidado de enfermagem em transplante, com o objetivo de auxiliar a equipe multidisciplinar na abertura de novos serviços (ORTEGA *et al.*, 2004). Atualmente, dispõe de 20 leitos; a ala de pediatria com 5 leitos para atender crianças de 0 a 5 anos; e a ala de 15 leitos que atende crianças a partir de 6 anos e adultos até 60 anos. A equipe multidisciplinar é composta por 129 profissionais: 41 enfermeiros (incluindo a pesquisadora); 39

técnicos em enfermagem; um auxiliar de enfermagem; 19 médicos; um terapeuta ocupacional; dois psicólogos; dois administradores; dois estagiários administrativos; um técnico contábil; um fisioterapeuta; dois nutricionistas; 9 auxiliares de nutrição; dois assistentes sociais; sete profissionais da higiene e limpeza geral do serviço.

O serviço conta com o apoio de profissionais lotados na instituição, médicos nas áreas de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Doenças Infecciosas, Endocrinologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Hemoterapia, Nefrologia, Neurologia, Oftalmologia, Patologia, Pediatria e profissional com experiência em criopreservação e manuseio de células-tronco.

### 3.3 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

As entrevistas foram obtidas pela pesquisadora no período de março a maio de 2010 (APÊNDICE A), gravadas com recurso digital e posteriormente transcritas na íntegra.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da UFPR, analisado e aprovado sob o CAAE n.º 0254.0.208.000-09, em 30 de março de 2010 (ANEXO 1).

Os sujeitos foram esclarecidos sobre a pesquisa, seus objetivos, riscos e benefícios, e a inclusão de cada um ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Para garantir o anonimato, o nome dos enfermeiros participantes da pesquisa foi substituído pela expressão Enf. seguido pelo número 1, 2 (Enf. 1, Enf. 2) e assim sucessivamente, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

### 3.5 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 36 enfermeiros assistenciais que atuam há pelo menos seis meses no TCTH e que nesse período já prestaram atendimento a pacientes com infecção. O número que atenderam a esses critérios foram quarenta e, desses, quatro enfermeiros não aceitaram participar.

### 3.6 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada. Essa define a área a ser explorada, pelo menos inicialmente, e a partir da qual o entrevistador ou o respondente possam divergir a fim de prosseguir com uma ideia ou uma resposta com mais detalhes (POPE; MAYS, 2009).

Segundo Boni e Quaresma (2005) na entrevista semiestruturada o pesquisador segue um conjunto de questões previamente definidas em um contexto idêntico ao de uma conversa informal. O entrevistador necessita ficar atento para interceder no momento que achar oportuno para remanejar o contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha desviado o tema ou apresentado dificuldades em abordá-lo. Esse tipo de entrevista é utilizado quando se deseja delimitar as informações, obtendo assim maior direcionamento ao assunto, a fim de que os objetivos sejam alcançados.

Utilizou-se instrumento organizado em dados de identificação, referentes ao perfil dos profissionais, e duas questões abertas cujo tema abordou aspectos relacionados a infecções em pacientes transplantados (APÊNDICE A). Para adequar a entrevista com o objetivo da pesquisa, o roteiro foi previamente testado com três enfermeiros do ambulatório do TCTH, e as duas questões foram reformuladas.

O agendamento da entrevista foi realizado no horário de trabalho dos respondentes, de acordo com a sua disponibilidade. As entrevistas oscilaram de quinze a vinte minutos e o local dos encontros foi à sala de estudos do serviço.

### 3.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas o conteúdo foi analisado de maneira descritiva com vistas a possibilitar a interpretação por meio da Análise de Conteúdo Temático proposta por Bardin (2009) e conceituada como:

Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 44).

Essa técnica tem a finalidade de analisar exaustivamente as falas coletadas a partir de três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A fase de **pré-análise** consistiu na organização e sistematização de ideias dos dados obtidos e transcrito com vistas a preparar o plano de análise. É considerado um período de intuições no qual ocorre a formulação das hipóteses, dos objetivos e indicadores para fundamentar a interpretação final (BARDIN, 2009). Procedeu-se à leitura flutuante, com a intenção de conhecer o texto e estabelecer as unidades de registro a serem recortadas do texto. Esta etapa é denominada *corpus* (BARDIN, 2009).

Na fase de **exploração do material** ocorreu a operação de codificação, ou seja, o agrupamento das unidades de registros comuns. As unidades foram sinalizadas no texto e depois recortadas para posterior codificação. A categorização temática foi feita por condensação das unidades de registros e organizada de forma a dar consistência aos dados brutos, que possibilitou a criação de categorias. Para tanto, utilizou-se os conteúdos de maior frequência para a identificação das configurações representativas gerais. Com a definição das categorias, buscou-se os significados nas ocorrências de acordo com o conteúdo representacional.

A terceira fase correspondeu ao **tratamento dos resultados, inferência e interpretação**, na qual os dados brutos condensados foram tratados para uma análise significativa e válida, que não se restringiu à tradução linguística, mas foi considerado o sentido além do conhecimento emitido na mensagem registrada.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 34 enfermeiras e dois enfermeiros, a idade dos profissionais variou entre 22 e 53 anos.

Quanto ao tempo de formação, 23 são graduados há 10 anos ou menos; 8 de 11 a 20 anos e 5 de 21 a 30 anos. Com relação ao tempo de atuação no TCTH, 23 atuam há 10 anos ou menos; há de se ressaltar que o serviço realizou recentemente a contratação de novos funcionários, por processo seletivo temporário. Com 11 a 20 anos de atuação no serviço identificamos 11 enfermeiros e com 21 a 30 anos, dois. Destaca-se que os profissionais com maior tempo de atuação são funcionários públicos de carreira, admitidos por concurso público.

A análise das entrevistas de 36 enfermeiros assistenciais do TCTH permitiu identificar conteúdos representacionais mais frequentes sobre infecção, objeto da pesquisa. A partir dos resultados elencou-se duas categorias, a primeira, Infecção e a possibilidade da finitude humana; e, a segunda, Infecção e Culpabilidade. Ambas serão apresentadas e discutidas a seguir.

### 4.1 INFECÇÃO E A POSSIBILIDADE DA FINITUDE HUMANA

Os enfermeiros ao conhecerem as condições de imunidade dos pacientes provocada pelo condicionamento para o tratamento consideram ser esta além de um preditor de infecção um caminho para o desfecho letal, tal fato, faz com que o rigor e as obediências as técnicas sejam lembradas e enfatizadas. Deste modo a fala do Enf. 06 demonstra que a imunidade reduzida é uma preocupação constante no cotidiano destes profissionais,

[...] creio que nós trabalhamos sempre pensando que os pacientes não têm defesa nenhuma [...]. (Enf. 06)

O TCTH é caracterizado como unidade de isolamento e de acesso restrito a visitantes. A tecnologia de ponta está presente na assistência, e os cuidados que envolvem o transplante são principalmente preventivos. Por ser um procedimento

que envolve o sistema imunológico do paciente, necessita um ambiente adequado com filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Air* - filtro de alta eficiência) para a filtragem do ar em todos os quartos, equipamentos e equipe qualificada para o cuidado. Assim, esse cenário exige cuidados diferenciados na assistência desenvolvida no cotidiano do enfermeiro, no qual se incluem as medidas profiláticas às infecções.

Entre essas medidas, a degermação da pele realizada pelos enfermeiros vem ao encontro das normas vigentes da Anvisa (2009) com vistas à prevenção de infecções que é indicada antes de qualquer procedimento cirúrgico ou procedimentos invasivos como punções, pequenas suturas, entre outros.

Diante disso, o cuidado ao paciente transplantado, pela especificidade, direciona o enfermeiro assistencial ao extremo cuidado em seu cotidiano que massacra o dia a dia visto que coabita a possibilidade de carrear microbiota ao paciente e a possibilidade da finitude humana.

[...] lembra a palavra mortal que para esses pacientes as infecções [...] que para outra pessoa seria de fácil controle, esses pacientes podem morrer por conta disso. (Enf. 27)

[...] infecção se manifestar no momento em que a medula não pegou [...] é uma situação bastante difícil pra gente contornar [...] dificilmente os pacientes escapam dessa intercorrência. (Enf. 30)

Em se tratando do TCTH, usa-se quimioterapia antineoplásica e/ou radioterapia como coadjuvante ao tratamento para deprimir o sistema imunológico, e este fato deixa o paciente vulnerável à infecção que ocorre em todos os pacientes de transplante com patologias genéticas, Leucemias, Anemia de Fanconi, neoplasias malignas entre outras. Assim, devido à gravidade dessas infecções que acometem esses pacientes a “morte” é uma imagem negativa relacionada a esse tratamento, fazendo-se presente no cotidiano do enfermeiro da unidade do transplante.

Além disso, houve uma evolução técnico-científica expressiva no tratamento do câncer que aumentou as possibilidades terapêuticas dos pacientes acometidos por esta doença. Cascais; Martini e Almeida (2008) destacam que, apesar desse desenvolvimento, essa doença continua a ser uma das mais temíveis de nosso século, visto que ainda se observa a imagem negativa de que ele representa a morte, desse modo às representações do “câncer” têm uma ligação com as do

TCTH, visto que muitos pacientes submetidos a este tratamento têm como patologia de base algum tipo de câncer.

Um estudo sobre a representação do câncer para seus portadores, os autores referem que essa doença traz a imagem de ser incurável que causa dor e há uma forte relação com a finitude, sendo permeada de estigmas, visto que ainda é pouco conhecida pela sociedade, segundo, Oliveira; Gomes (2008), mesmo nos dias atuais com sua alta incidência e com o grande índice de cura dos pacientes que tem o diagnóstico precoce.

Em seu estudo sobre o câncer e sua representação simbólica, Pelaez Dóro *et al.* (2004) observaram que para a população de um modo geral estas são construídas como um sinônimo de morte, algo que não há como controlar cuja terapêutica seja por quimioterapia, radioterapia ou cirurgia é limitante e negativa no qual os efeitos colaterais são na maioria das vezes, incontroláveis. E ainda referem que, para os enfermeiros há o conhecimento teórico sobre o significado do câncer, no entanto tem indicação mórbida que contamina a percepção da situação na sua totalidade. Assim sendo, apresenta o olhar fragmentado e desvia do foco, que o leva a apreender apenas as perdas interpretadas com base em suas crenças.

Para Mêrces (2009) o enfermeiro de uma unidade de transplante constroi em seu cotidiano a imagem que essa terapêutica tem um caráter de morte, dor e sofrimento, pois a extensão e duração das complicações e toxicidades provocadas pelo condicionamento para o tratamento do câncer anterior ao transplante influenciam também a imagem negativa que o enfermeiro vivencia diariamente. Assim as possibilidades de cura são carregadas de muitas expectativas e sofrimentos, alegrias e tristezas, de vida e morte. Diante disso o enfermeiro transita entre a dimensão concreta da terapêutica e a simbólica dos pensamentos e imagens construídas no dia a dia.

A imunodepressão está presente no discurso dos enfermeiros, permeada de imagens de morte, pois se o paciente adquirir infecção provavelmente irá culminar no óbito, mesmo com os avanços no tratamento das infecções de várias origens (NAOUM; MARTINS; CASTRO *et al.*, 2002; CASTAGNOLA; FARACI, 2009; MACHADO *et al.*, 2009).

As falas se referem à incapacidade do paciente em superar a deficiência do sistema imune,

[...] o principal que mais interfere aqui no TMO é o sistema imunológico, o paciente não responde por causa do sistema imunológico. (Enf.2)

[...] tem algumas infecções mais frequentes nos pacientes acho que por eles serem imunodeprimidos que tem maior suscetibilidade. (Enf. 9)

[...] o paciente, por ser imunodeprimido, já vem aquela preocupação [...] se o paciente ficar grave, ele não vai ter imunidade pra combater. (Enf. 22)

[...] infecção no paciente transplantado de medula é uma coisa muito mais grave do que um paciente que tem a imunidade normal [...]. (Enf. 32)

Para Mercês (2009) o enfermeiro recria o processo do transplante sem a convicção da cura, simbolicamente o corpo é uma máquina e, portanto a engrenagem pode danificar-se não sendo possível o controle pela ação humana. Desse modo, percebe-se que a chance da cura não depende da terapêutica, mas do corpo, que poderá ou não responder ao tratamento, reforçando a representação social do câncer como doença incurável. Assim, para o enfermeiro a ideia do limite terapêutico no TCTH existe cotidianamente em sua assistência que demonstram o sucesso limitado desse tratamento após regimes de condicionamento.

Percebe-se nos depoimentos a representação de que no serviço de transplante os profissionais sabem dos riscos de infecção e têm conhecimento dos cuidados básicos que devem ser intensificados para sua prevenção. Quando citam os níveis de infecção correlacionam com outros locais de trabalho,

Aqui no TMO [...] quando a gente entra no serviço já tem essa noção de que o paciente tem o maior risco de desenvolver infecção hospitalar [...]. (Enf. 20)

[...] o controle aqui é maior, pelo menos tentamos fazer de uma maneira que essa infecção seja diminuída [...]. (Enf. 24)

Segundo Ortega *et al.* (2004) nos primeiros cem dias pós-transplante, as maiores complicações resultam do regime de condicionamento utilizado a essa terapêutica, da perda da função medular, da reorganização do sistema imune do paciente e a possibilidade de rejeição do enxerto. Diante disso, esse período é crítico, e, como consequência o paciente está suscetível a uma série de complicações,

[...] infecção num paciente de transplante, principalmente de medula é mortal, ele não tem imunidade nenhuma, então qualquer microorganismo que invada o corpo dele [...] não tem o que impeça de atacar (micro-organismo) [...]. (Enf. 01)

Representa um prognóstico ruim ao paciente que adquire uma infecção [...] tem tudo pra complicar, alguns saem, mas a maioria não. (Enf. 04)

[...] porque a gente sabe em conhecimento e como experiência que não temos muitas expectativas [...] quanto a esse tratamento, muitas vezes esse paciente vai a óbito por infecção. (Enf. 18)

[...] ou você cura ou o paciente morre, não tem meio termo porque ele não tem imunidade pra dar conta sozinho do processo inflamatório [...]. (Enf.23)

[...] as infecções aqui são muito graves para os pacientes [...] as que temos, tem acarretado muitas complicações. (Enf. 28)

Percebe-se na fala do Enf. 30 que ele atribui à infecção um poder de decisão e funciona como um entrave para o sucesso da tecnologia. Assim para esse profissional a infecção é o principal obstáculo para a recuperação do paciente,

Aqui no TMO (infecção) é o principal entrave que a gente tem para os pacientes, porque é muito comprometedor, é um fantasma que assombra não só os médicos, mas a própria enfermagem [...] alguns são extremamente comprometidos e acabam tendo um final indesejado por todos. (Enf. 30)

Os enfermeiros mostram-se cientes quanto à gravidade das complicações geradas pelo processo infeccioso, o qual comumente acomete o transplantado. Corroborando com a literatura de que a infecção é uma das principais causas de complicações no TCTH e representa a principal causa de mortalidade (GARNICA; MAIOLINO; NUCCI, 2006; CARDOSO; SOUZA; KAWAGOE, 2007; MACHADO *et al.*, 2009; YAZAKI *et al.*, 2009; ZANIS NETO; CALIXTO; OSTRONOFF, 2009), fato que reforça a afirmação de Mercês( 2009) que as representações dos enfermeiros são ancoradas no conhecimento científico.

O óbito é uma imagem significativamente negativa, pois faz com que o enfermeiro enfrente a finitude e a impotência frente ao limite técnico e a tecnologia atual (MERCÊS, 2009). O relato do Enf. 23 apresenta a representação sobre a morte e as estratégias que as descobertas tecnológicas trouxeram com o uso de medicações de última geração, que são responsáveis pela sobrevivência do paciente, contudo, não descarta os efeitos dessas infecções devido à resposta imunológica, assim, não é a doença em si que preocupa o enfermeiro e sim a infecção,

[...] falando de infecção, depois que veio o [...] os nossos pacientes pararam de morrer, antes morriam todos por fungos, agora não morrem mais, morre um ou outro, morre aqueles casos que não tem mais o que fazer, as infecções começavam com fungo na pele em dois ou três dias estava todo

“preto” [...] agora não tem mais [...] mas a gente sabe que é grave ou ele responde o tratamento ou não tem saída. (Enf. 23)

Assim, quando o transplante não é bem sucedido, revela o rompimento da crença de que essa terapêutica poderia curar ou prolongar a vida, demonstrando que as complicações decorrentes do tratamento podem ser fatais (MERCÊS, 2009).

Desse modo, evidencia-se nessa pesquisa que, segundo a representação dos enfermeiros, a infecção decorrente do tratamento pode ser diminuída através de medidas preventivas, pois para lutar contra a finitude humana deve-se “controlar o sistema imunológico dos pacientes” e os fatores que podem provocá-la, o que denota a impotência dos profissionais frente ao inevitável, visto que quanto a este aspecto, pouco ainda se pode fazer com os conhecimentos atuais da tecnologia.

Esse cuidado se objetiva em seguir a risca normas e rotinas do serviço de modo que o grupo compartilha a importância do cuidado na manipulação do cateter usado pelos pacientes, as orientações da enfermagem a todos envolvidos nesse processo e também consideram o ambiente de trabalho como possível fonte de contaminação, essas medidas preventivas segundo as falas, podem evitar que a infecção se instale e, com isso pode garantir a sobrevivência do paciente pois, a representação dos enfermeiros em descrever estratégias para prevenção baseia-se na fragilidade dos pacientes em adquirir infecção e assim aproximar-se de sua finitude,

O paciente não tem defesa, por isso a gente lava a mão, repete porque é questão de vida mesmo, estar vivo ou estar morto. (Enf. 11)

[...] a ideia que a gente tem de infecção aqui no TMO é o cateter, ter cuidados assépticos com o cateter na hora do curativo. (Enf. 15)

O processo do TCTH é longo, a internação do paciente varia de vinte a trinta dias, sendo rotina em serviços de transplante a inserção de um cateter venoso central semi-implantável tunelizado, de duplo lúmen, e longa permanência, com duas vias, do tipo *Hickman*®. Esse dispositivo é essencial em função a grande quantidade de medicamentos e soluções parenterais, transfusões de hemocomponentes e da frequência em que são coletadas amostras de sangue para exames laboratoriais (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009).

O estudo de Almeida (2005) realizado com pacientes em uso de cateter de *Hickman*® e submetidos ao TCTH evidenciou que a infecção foi à principal causa de remoção desse dispositivo e relacionou a elevada frequência de complicações infecciosas a cuidados deficientes de manutenção. O enfermeiro da presente pesquisa percebe que o cateter pode ser o principal meio que causa infecção para o paciente transplantado, para tanto relatam medidas preventivas relacionadas ao curativo no óstio de inserção,

[...] quando fizer curativo cuidar para manter a esterilidade do material [...].  
(Enf. 9)

[...] as infecções mais sérias são de cateter [...] tem um cuidado muito grande com infecção [...]. (Enf. 35)

As infecções estão muitas vezes relacionadas ao número de vezes que o cateter é manuseado e é responsabilidade do enfermeiro os cuidados necessários à prevenção desses agravos (CASSETARI; BALSAMO; SILVEIRA, 2009). A maioria das sepses associadas a cateter tem como fonte o local de inserção, o “*hub*”, ou ambos, particularmente dos cateteres tunelizados de longa permanência, sendo essas importantes fontes de microorganismos (MERMEL *et al.*, 2009).

As infecções relacionadas à assistência em saúde, quando associadas a cateter, decorrem da progressão de microorganismos da microbiota do indivíduo pelo orifício de inserção do cateter e podem evoluir para infecção da corrente sanguínea (CASSETARI; BALSAMO; SILVEIRA, 2009).

A infecção da corrente sanguínea também pode ocorrer devido à penetração de bactérias no lúmen do cateter, através dos dispositivos de conexão, e decorrente da deficiente antisepsia, por ocasião do manuseio (CASSETARI; BALSAMO; SILVEIRA, 2009). O número de manipulação do cateter é um importante fator de risco de modo que está associado à contaminação comumente do “*hub*” e consequente infecção intraluminal (SILVEIRA, 2005). Segundo Silva e Dias (2004), se devem limpar os conectores do sistema de infusão com álcool a 70%, antes de cada acesso. Relatos evidenciam medidas de intervenção dos entrevistados no manuseio do cateter e uso de soluções para desinfecção externa e conexões,

[...] quando vai manipular o cateter, sempre limpar [...] com álcool antes de abrir, cuidar com extensores e equipos [...]. (Enf. 08)

[...] também como a parte mais exposta do paciente é o cateter são os “hubs” de conexão, eu tenho a preocupação da limpeza com álcool 70% antes de desconectar a tampinha eu uso a compressa de gaze, é uma rotina sempre uso isso, para mim é uma garantia [...]. (Enf. 21)

[...] sempre limpando com álcool 70% em volta do cateter na hora de fazer o curativo [...] sempre passar álcool na extensão do cateter [...]. (Enf. 24)

Para Ortega; Stelmatchuk e Cristoff (2009) entre os cuidados com o cateter venoso central, o curativo deve ser realizado com rigorosa técnica asséptica, na fala dos Enf. 27 e 30 percebe-se o conhecimento científico relacionado à prevenção de contaminação deste dispositivo visto que consideram a importância de procedimentos assépticos no seu manuseio,

[...] o cuidado antes de entrar no quarto de lavar as mãos é não contaminar, o cuidado no manejo do cateter, se você contaminar a tampinha se você contaminou o polifix de você ter essa consciência de trocar [...]. (Enf. 27)

[...] é na própria situação de contaminação de cateter, por exemplo, os cuidados que a gente tem com o curativo, é encostar a ponta do equipo, agulha, seringa, não vai usar, se contaminar um equipo de medicação tem que jogar fora e preparar outro, então esse tipo de cuidado é bem importante [...] jamais proporcionaria um risco de infecção esquecendo que bati uma ponta de cateter, de equipo e colocar no cateter [...] por ser a principal porta de entrada [...]. (Enf. 30)

Além dos cuidados preventivos realizados pela enfermagem, observa-se na fala do Enf. 17 sua atenção no que se refere ao cuidado que o paciente deve ter para não contaminar o cateter por ocasião do banho,

[...] orientar o paciente também com relação ao banho, se ele lavou as partes íntimas, não voltar pra inserção do cateter, essas coisas assim porque ele tem que se prevenir [...]. (Enf. 17)

Há de se destacar que no serviço de TCTH a manipulação do cateter é realizada exclusivamente pela equipe de enfermagem, inclusive, nos casos em que o paciente ausenta-se momentaneamente da unidade, como para realizar procedimentos fora da unidade de internação. Neste caso é acompanhado pelo profissional que está assistindo-o no momento, cabendo ao enfermeiro realizar

procedimentos de maior complexidade, e aos profissionais de nível médio cuidados específicos de acordo com sua formação (COFEN, 1997).

Com o surgimento de microorganismos resistentes a literatura especializada em controle de infecção aborda incansavelmente, a necessidade de conscientização dos profissionais da área da saúde, para uma mudança comportamental, que envolve o cotidiano na assistência de medidas de prevenção e controle desses agravos (CINTRA *et al.*, 2010). Ressalta-se que para esses enfermeiros comprometidos com a unidade de transplante, essas medidas são incorporadas no dia a dia desse modo, a prevenção de infecção é vivenciada e compartilhada com o grupo na busca da efetividade ao cuidado do paciente submetido a esse tratamento,

[...] acho que o cuidado aqui é extremo, vejo uma preocupação de forma geral é de pessoas muito mais comprometidas no cuidado para evitar infecção [...].  
(Enf. 21)

A infecção é um processo de interdependência entre um hospedeiro suscetível e um agente infeccioso, no qual a maioria dos fatores de risco que influencia a ocorrência e a gravidade está relacionada a esse hospedeiro. Desse modo, o estado imune no momento da exposição a um agente infeccioso, a interação entre os micróbios patogênicos e seus fatores da virulência intrínsecos são preditores importantes deste resultado (SIEGEL *et al.*, 2007).

[...] as nossas infecções são mais endógenas mesmo, não tem quase infecção de pacientes que a gente pode dizer que é infecção cruzada, as infecções que temos aqui são as infecções oportunistas mesmo que aparecem nessa fase de “pega” tardia da medula [...]. (Enf.10)

[...] minha vivência mostra que os índices de infecção aqui no TMO são baixas [...] correlacionadas a minha experiência pregressa [...] a infecção existe, mas do meu ponto de vista tem um caráter endógeno [...]. Enf. 21

As falas dos Enf. 10 e 21, acima demonstra a certeza de que infecção do paciente de TCTH, como de caráter endógeno e não decorrente do cuidado. Fatores intrínsecos como idade e doença subjacente como neoplasias e transplantes podem aumentar a suscetibilidade a infecções como também medicamentos que podem alterar a microbiota normal como exemplo as drogas anti-rejeição, agentes antineoplásicos, corticosteroides, drogas imunossupressoras (SIEGEL *et al.*, 2007).

No período de neutropenia, que compreende os primeiros trinta dias do tratamento, o paciente está mais vulnerável às infecções bacterianas. A melhora na

cobertura antibiótica tem alterado sua incidência e prevalência nas últimas décadas, sendo as culturas de vigilância uma estratégia para a identificação de agentes infecciosos nesta fase do tratamento (NAOUM; MARTINS; CASTRO *et al.*, 2002).

A fala do Enf. 04 demonstra o conhecimento cotidiano relacionado à terapia antimicrobiana, visto que no serviço é usado como rotina a antibioticoprofilaxia de acordo com o protocolo do serviço; em caso de infecção inicia-se outros antibióticos,

[...] uma infecção aqui é uma coisa muito complexa [...] quando ocorre uma infecção, assim de imediato entra com uma conduta que às vezes demora pra reagir com uma medicação, tem que entrar outro antibiótico, tem dois ou até três antibióticos. (Enf. 04)

Esse cuidado é citado na fala dos depoentes revelando também a importância de administrar as drogas em horários corretos, o que demonstra a incorporação do saber técnico, pois controlar a infecção através de cuidados preconizados é a forma de preservar a vida do paciente,

[...] para que ele possa ter a medicação estritamente no horário por causa da resistência ao antibiótico, a gente sabe o que pode acontecer [...] atrasar a medicação ou a medicação for feita de forma errada, então sinto que tenho mais responsabilidade sobre ele ainda além do que já tenho. (Enf. 12)

[...] sigo a risca a prescrição médica e tento orientar (o paciente) da melhor maneira possível, se o organismo tiver sido identificado, ou que esse organismo exige maiores cuidados (isolamento). (Enf.26)

[...] sinto que a responsabilidade nossa continua sendo a mesma, mas você tem que tomar mais cuidado para você ainda não piorar o quadro clínico desse paciente, medicação, antibiótico, entrar no horário, correr no tempo certo, é na dosagem certa, os cinco certos [...] (Enf. 32)

O enfermeiro realiza procedimentos de acordo com normas preconizadas pelo referido serviço quando, por ocasião de sua assistência, percebe um pico febril no paciente,

[...] acho que a primeira coisa põe em prática a nossa rotina, faz primeiro aquilo que é mais emergencial, coletar culturas, iniciar antibioticoterapia, antipiréticos, esse é o meu controle da situação [...] (Enf. 20).

Além dos cuidados com cateter, administração de medicamentos e coleta de culturas o enfermeiro assistencial é responsável por orientações gerais incluindo medidas preventivas de infecções à equipe de enfermagem e multidisciplinar e a

pacientes, familiares e acompanhantes. De acordo com a norma vigente do Cofen (1997) a Resolução 200 de 15/04/1997 atribui ao enfermeiro a promoção, a educação e a orientação de pacientes submetidos a transplante de medula óssea e de seus familiares, o que vem ao encontro do depoimento a seguir,

[...] acho que é bem importante e essa parte cabe a nós, conversar também com familiares, orientar [...]. (Enf.14)

As orientações realizadas são essenciais no processo de transplante, pois norteiam a conduta, as mudanças necessárias no estilo e nos hábitos de vida, bem como para a compreensão de todo o processo ao qual o paciente é submetido (MERCÊS, 2009. ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009). O cuidador torna-se um aliado da equipe de enfermagem por possuir uma visão ampla das necessidades de saúde do paciente, de modo que o capacita a garantir o atendimento e a qualidade nos cuidados, e dessa forma garante a continuidade da assistência em nível ambulatorial e domiciliar (ORTEGA *et al.*, 2004).

Os enfermeiros entrevistados sentem-se responsáveis pela qualidade do cuidado e tentam fazer com que o paciente e/ou cuidador se envolvam na assistência, tornando-se parceiros nas medidas preventivas durante a internação e na continuidade dos cuidados no domicílio, sendo essa a forma de garantir que todas as orientações que deverão ser seguidas se efetivem.

A apresentação das normas e rotinas do serviço é iniciada no ambulatório pelo enfermeiro ao paciente, familiar e/ou acompanhante e reforçada de acordo com a necessidade pela equipe de enfermagem durante a internação (ORTEGA *et al.*, 2004). Essas são fornecidas no momento adequado, cada dia um assunto específico para que o volume de informações não desestime a pessoa ao seu cuidado, essa estratégia estimula-o de forma gradual e supervisionada, a qual o prepara para o retorno ao lar e os cuidados que terá que realizar ou que o responsável realizará (MERCÊS, 2009).

O Enf. 01 e 34 citam a importância de seguir as recomendações realizadas pela enfermagem como componente básico para prevenir infecções, no qual direciona os cuidados aos envolvidos nesse processo,

[...] a roupa deles também tem que ser lavada de uma forma diferenciada, tem que ser sempre bem passada, tem que dar ênfase para os

acompanhantes de como tem que fazer, não pode ficar acúmulo de coisas no quarto desses pacientes que isso também pode dar infecção [...]. (Enf.01)

[...] vejo assim, o paciente tem que estar consciente de tudo que ele vai passar, por tudo que ele vai ter que fazer para não adquirir essas infecções, porque muitas vezes não só a equipe de enfermagem, tem que ser um todo, o paciente tem que estar ciente disso, os familiares, tem que ser um cuidado no geral. (Enf. 34)

Percebe-se na fala do Enf. 08 a importância do uso de solução bactericida, visto que refere que o paciente deve seguir as orientações técnicas recebidas pela enfermagem. Esse cuidado vem ao encontro da literatura especializada na prevenção e controle de infecção, pois segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) os álcoois apresentam rápida ação e excelente atividade bactericida e fungicida em relação a todos os agentes utilizados na higienização das mãos (ANVISA, 2009).

[...] orientá-lo na lavagem das mãos, observamos que tem pacientes que saem do banheiro, enxágua a mão e seca, ele não lava a mão, passa álcool, nesse caso oriento que, se não puder lavar bem as mãos, deve usar álcool e friccionar por trinta segundos [...]. (Enf. 08)

A orientação da enfermagem sobre cuidados preventivos de infecção em crianças menores é direcionada aos pais e/ou acompanhante. Enfatiza-se que os brinquedos são permitidos desde que sejam de materiais resistentes e impermeáveis permitindo sua limpeza com água e sabão (ORTEGA *et al.*, 2004). Observa-se, na fala do Enf. 25, o cuidado com objetos que podem cair no chão, principalmente no caso das crianças, e a necessidade da orientação ao adulto já que elas não possuem o entendimento necessário,

[...] orientar o paciente também no caso a ter esses mesmos cuidados, higienização das mãos também como ele é imunodeprimido tem relação, por exemplo, crianças, não pode pegar brinquedo do chão, não dá pra andar descalço, esse é um cuidado que ele tem que ter. (Enf. 25)

Por ocasião da alta orientações profiláticas são reforçadas, pois há cuidados específicos como ingerir medicações em horário certo, verificar a temperatura regularmente, não frequentar ambientes com aglomerações de pessoas, não se expor ao sol, cuidados com a alimentação entre outros. Esse cuidado ao paciente permite que muitas complicações sejam prevenidas ou detectadas precocemente (ORTEGA *et al.* 2004). A necessidade da educação em saúde aos envolvidos nesse

processo terapêutico, inclusive quando o paciente recebe alta hospitalar, é observado na fala abaixo,

[...] a gente tem que a todo o momento nos educarmos como equipe e também educar os pacientes e os acompanhantes, também depois quando o paciente vai para casa [...]. (Enf. 27)

Nesse sentido, a efetividade do TCTH também depende da condução e da continuidade da assistência após a alta hospitalar. Esse período de acompanhamento ambulatorial contínuo por aproximadamente três meses, conta com uma equipe multiprofissional qualificada, em que a enfermagem possui extrema importância, uma vez que diariamente reforça orientações preventivas de acordo com a necessidade do paciente (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009).

Entre essas medidas, o enfermeiro faz uma orientação geral sobre os alimentos que podem trazer a unidade e/ou ser consumidos e durante todo o internamento os cuidados são constantes e seguem recomendações da nutricionista do setor. Para minimizar o risco de infecção relacionada aos alimentos a dieta oferecida é com baixo teor microbiológico, isto é, todo o alimento é submetido a altas temperaturas (na copa do setor) antes do consumo. A enfermagem realiza a assistência durante as 24 horas do dia, reforça e controla os cuidados com alimentação do paciente sempre que necessário,

[...] coisas que eles podem trazer para dentro da unidade, o cuidado com alimentação [...]. (Enf. 30)

Portanto, o TCTH como modalidade terapêutica tem um caráter de complexidade, no qual os enfermeiros expressam ser um processo que envolve a equipe multiprofissional e a interação desta equipe se faz necessária em todos os momentos (MERCÊS, 2009). O estudo de Cruz (2008) considera o enfermeiro como um educador em potencial com abrangência significativa entre a equipe, pela especificidade da formação e do trabalho próximo ao paciente, e ainda pelo contingente numérico. Essas atividades educativas em serviços de saúde nos fazem entender a epidemiologia das infecções e como nosso organismo reage a esses agravos e também o processo de prevenção como limpeza, esterilização, desinfecção, tratamento com antibióticos e como os microorganismos desenvolvem resistência entre outros (FERNANDES, 2008).

A Enf. 30 salienta que o ideal da profissão e o conhecimento individual deve ser compartilhado com o grupo. Em sua fala, afirma que a prevenção é o componente essencial a todos os envolvidos no cuidado,

[...] a gente sabe por experiência própria e principalmente por ser enfermeira, que a lavagem das mãos é o principal cuidado, isso todo mundo faz não só eu, mas acho que a equipe toda, é um cuidado bem importante que a gente passa para todas as pessoas, familiares, pacientes, para as pessoas que trabalham com a gente [...]. (Enf. 30)

Os envolvidos nesse processo devem seguir as recomendações básicas de prevenção a infecções do serviço, de modo que a desinfecção concorrente realizada por sanitizadoras no quarto do paciente é de suma importância para conservar o ambiente livre de patógenos que poderiam contaminar o paciente. Cabe salientar que essa desinfecção é realizada duas vezes ao dia, ou sempre que necessário, com sabão líquido (padrão da instituição) e álcool 70% e os cuidados relacionados à limpeza do quarto também são considerados como importante fator preventivo,

[...] não pode ficar acúmulo de coisas no quarto desses pacientes que isso também pode dar infecção [...]. (Enf. 01)

[...] manter o quarto limpo do paciente. (Enf. 04)

[...] sou rigorosa com o uso dos EPIs no trabalho com o paciente [...] tenho a preocupação de fazer uma limpeza na mesa de cabeceira, os cabos de energia, os cabos de rede [...] então a limpeza pra mim é importante [...] está relacionado à unidade do paciente, a limpeza concorrente e o uso de EPIs. (Enf. 21)

[...] o quarto do paciente, a exposição dos materiais, tempo de validade de materiais, todas as coisas que podem prejudicar levar mais infecção pra ele. (Enf. 31)

[...] acho que a enfermagem, o enfermeiro, ele tem a obrigação de fazer educação continuada, orientar os familiares, os outros profissionais que entram em contato com esse paciente, limpeza do quarto, limpeza dos objetos, limpeza da cama [...] cuidado com a estrutura do ambiente, estar sempre limpo, sem pó, sem nada que possa causar algum dano a esse paciente. (Enf. 32)

Outra medida importante no cuidado do paciente de transplante é a prevenção a infecções secundárias, sangramento e alívio do desconforto causado pela mucosite. A enfermagem realiza cuidados relacionados à cavidade oral, pois a manutenção da higiene é importante para reduzir o impacto da ação da microbiota

oral na mucosite e, além disso, reduz o sangramento periodontal e a dor (VIGORITO; CORRÊA, 2009).

A mucosite oral ou estomatite é a complicação mais comum pós transplante, com incidência em torno de 90% (YEAGER; WEBSTER; CRAIN *et al.*, 2000). Na forma grave, a mucosite é debilitante e dolorosa, sendo às vezes uma toxicidade limitadora do condicionamento visto que, entre o quarto e sétimo dia após o início de quimioterapia e/ou radioterapia há mudanças importantes no tecido oral a qual, pode comprometer o sucesso do tratamento aumentando o risco de infecções local e sistêmicas. É classificada em leve, moderada ou severa, quando alteram lábios, língua, mucosa oral, saliva e deglutição em graus que variam de um a quatro. No grau I, há velamento da mucosa e eritema leve; no grau II, há eritema e dor moderada; no grau III, ulcerações, dor intensa com necessidade de analgesia sistêmica e no grau IV, sangramento da mucosa oral (ORTEGA *et al.*, 2004). Os sinais e sintomas costumam ser desde um leve desconforto até lesões ulcerativas graves, comprometendo a nutrição e a ingestão hídrica do paciente (KELNER; CASTRO, 2007).

Nesse sentido, conhecer os graus e mecanismo da mucosite oral é fator importante do cuidado a esse paciente, a que o enfermeiro deve estar atento, pois dessa maneira consegue-se estabelecer a medida adequada de conforto e higiene mais apropriada a esse momento (BOCHI; KALINKE; CARMARGO, 2007).

Os cuidados da enfermagem incluem-se na avaliação diária da mucosa oral, estimulação na higiene oral e bochechos com chá de camomila e/ou soluções analgésicas de acordo com prescrição médica (ORTEGA *et al.*, 2004; BOCHI; KALINKE; CARMARGO, 2007).

A cavidade oral é considerada um sítio comum a infecções, no entanto há pacientes que às vezes pelo processo da mucosite associada à dor, se mostram pouco colaborativos em relação aos cuidados profiláticos e/ou terapêuticos da cavidade oral a qual, observa-se nas falas,

[...] o paciente muitas vezes cansam de fazer os cuidados, os mais básicos [...] fazer um bochecho [...]. (Enf. 34)

[...] a gente tem pacientes que são super cuidadosos [...] que faz a higiene da boca e têm outros que são super resistentes [...]. (Enf. 35)

Outro aspecto percebido no discurso dos enfermeiros são as infecções relacionadas ao ambiente de trabalho, e citam-no como possível reservatório de micro-organismos.

As perturbações do ambiente ocasionadas por construções ou reformas em estabelecimentos de saúde ou áreas próximas implicam em riscos de doenças transmitidas pelo ar e pela água, para um número significativo de pacientes que estão sob risco de infecções oportunistas associadas ao tratamento médico, principalmente para pacientes imunossuprimidos (SIEGEL *et al.*, 2007). Os enfermeiros entrevistados reportam-se a época de reformas no serviço e relacionam o aumento de infecção por *Aspergillus*,

[...] infecções fúngicas [...] lembro daquele que fica no ar [...] o *Aspergillus* [...].  
Enf. 08

[...] a gente vê infecções bem específicas no TMO, em fase de imunocomprometimento [...] falta de cuidado que possam ter vindo a causar esta infecção [...] aquelas infecções fúngicas que pode relacionar com época de construção teve aumento de aspergilose [...] vem crescendo muito as infecções fúngicas principalmente por *Aspergillus*. (Enf.10)

A presença de *Aspergillus* no ambiente de tratamento médico é um fator de risco extrínseco substancial para a aspergilose invasiva oportunista, que é causada por bolores pertencentes a esse tipo de patógeno, sendo a forma mais séria da doença. A reforma do local e a construção podem contaminar a poeira com esse microorganismo e gerar a reprodução de esporos fúngicos de transmissão aérea. Esses fungos são ubíquos, aeróbicos que aparecem no solo, na água e na vegetação em decomposição, e também sobrevivem bem no ar, na poeira e na umidade presente nos estabelecimentos assistenciais de saúde. Níveis mais altos de poeira atmosférica e esporos fúngicos têm sido associados a agrupamentos de infecções adquiridas no tratamento médico de pacientes imunocomprometidos (SIEGEL *et al.*, 2007).

Percebe-se que a fala do Enf. 29 vem ao encontro da literatura especializada uma vez que menciona que infecções relacionadas a fatores ambientais são passíveis de controle, pois se refere ao espaço físico associando a possíveis condições de sujidade e umidade do ambiente, como presumível reservatório de fungos, correlacionando ao cuidado que o paciente deve ter para se prevenir de infecção,

[...] acho que a infecção fúngica tem muito a ver com a estrutura física do hospital, a gente vê muita infiltração nas paredes dos banheiros [...] a umidade é um convite pra desenvolvimento de fungo se o paciente encosta a mão na parede, se ele não lava a mão direito ou mesmo no banheiro se ele leva a mão na boca, na pele, numa solução de continuidade que ele tenha, ele vai estar se auto infestando [...]. (Enf. 29)

Muitos fungos podem proliferar em ambientes úmidos como madeira danificada pela água e materiais prediais. Alguns fungos como *Fusarium* spp. e *Pseudoallescheria* spp. também podem ser patógenos de transmissão aérea. (SIEGEL *et al.*, 2007).

Desse modo, o Enf. 29 refere-se à gravidade nas infecções causadas por fungos evidenciando a pouca resolutividade da medicação usada para esse patógeno e a sensação de impotência frente às peculiaridades do paciente bem como, fatores estruturais do ambiente,

[...] uma sensação até um pouco de impotência, quando vejo essas infecções mais sérias, mais graves, principalmente por fungos que a gente sabe que a infecção fúngica não tem muito tratamento hoje [...]. (Enf. 29)

O relato do Enf. 30 compara a gravidade entre as infecções bacterianas, virais e fúngicas. Nota-se que cita infecção bacteriana como mais fácil de controlar, pois acredita que o uso de antibióticos irá melhorar o quadro infeccioso quando se apresenta na fase de neutropenia do transplante, entretanto considera as virais e fúngicas como mais difícil de tratar, considerando efeitos colaterais pertinentes a drogas comumente usadas no tratamento,

[...] uma infecção por bactéria, por exemplo, e que ela é bem conhecida, e que os antibióticos vão resolver, e a febre se manifesta num tempo que é o esperado naquele período, que sabemos que o paciente pode fazer febre e pode manifestar uma infecção e vai ser controlada é um pouco mais tranquilo, quando sabemos que a infecção é viral ou fúngica a gravidade é muito maior [...] porque as infecções fúngicas são muito mais difíceis de tratar, para esses pacientes, as medicações, as drogas que a gente tem em uso aqui nem sempre são eficientes, algumas delas comprometem muito mais o quadro que já é grave e acabam prejudicando outros órgãos, que acabam sendo afetados por causa da medicação, não por conta da infecção propriamente dita [...]. (Enf.30)

Verifica-se nesta categoria a impotência tecnológica visto que o enfermeiro percebe-se incapaz em seu cotidiano de salvar vidas, pois mesmo utilizando medidas preventivas adequadas e recursos tecnológicos atuais como exames

complementares, medicamentos de ponta entre outros, não consegue evitar a morte do seu objeto de trabalho, o paciente.

#### 4.2 INFECÇÃO E CULPABILIDADE

A culpa pela infecção que acomete os pacientes permeou os discursos dos enfermeiros que se sentem responsáveis quando o paciente adquire infecção, pois crê não ter conseguido evitá-la através das medidas profiláticas usadas na assistência, consideram-se muitas vezes vetores na transmissão de infecções,

[...] a gente pode pensar que é um vetor [...] um vetor, nós a equipe, somos o vetor, a não lavagem das mãos, o cuidado, o nosso não uso dos EPIs, eu sinto culpa nesse sentido [...]. (Enf. 06)

Bom nós como agentes transmissores, a lavagem das mãos, o uso da máscara que acho super importante e cuidados a mais que vão dizer que surgiu um surto, que vão dizer que microorganismo que exige outros cuidados como isolamento respiratório que exige a máscara N95 ou de contato. (Enf. 26)

No entanto, verificam-se no relato do Enf. 27 a ambiguidade da representação, a dupla ação de que se sente o carreador de infecções e, ao mesmo tempo é o controlador da situação devido ao uso de medidas preventivas. No entanto, observa-se nesta pesquisa que a ação negativa de vir a ser o carreador de infecção foi o mais presente,

[...] me lembra o papel também do enfermeiro, a gente pode contribuir pra prevenir infecção, mas também para levar infecção, se a gente não faz as coisas de forma correta, é educação, a gente tem que a todo o momento nos educarmos como equipe. (Enf. 27)

A infecção hospitalar no estudo de Valle, Feitosa e Araújo (2008) foi sinonímia de “sujeira” denominada através do agrupamento de similaridades semânticas destacadas entre as evocações: falta de higiene (paciente) e de limpeza (ambiente). No relato do Enf. 07 e 31, percebe-se que quando assiste um paciente com infecção sente-se “sujo” apesar de usar a paramentação e as técnicas recomendadas, visto que relaciona a sujeidade a si mesmo pois, pode

contaminar-se no exercício do cuidado, tornando-se o vetor para os demais pacientes,

[...] lavagem das mãos, aí não estou levando sujeira para o paciente [...]. (Enf. 07)

[...] quando a gente sabe que o paciente tem algum tipo de infecção e temos que tomar os cuidados de paramentação, o uso de luvas constante dentro do quarto [...] a sensação que a gente tem quando sai no final do período é que a gente está sujo, para não levar também para outro paciente, eu tenho essa sensação de estar infectada junto com o paciente [...]. (Enf.31)

Cintra *et al.* (2010) em estudo cujo objetivo foi verificar a opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na avaliação da assistência de enfermagem perceberam que dos 30 respondentes, 23 citaram a IH como o principal indicador, o que demonstrou o conhecimento desses profissionais sobre a importância de ações preventivas, demonstrando sobretudo o compromisso ético e moral dos profissionais de saúde. Este conhecimento é corroborado com a atitude dos enfermeiros do TCTH, na qual se observa serem cientes as informações das medidas de prevenção, visto que relatam que a atenção maior dispensada ao paciente com infecção representa prevenir a infecção cruzada,

[...] ele demanda mais cuidados, a gente fica mais receosa, mais cautelosa, mais cuidadosa até para aquela infecção que está naquele paciente não se transfira para os outros. (Enf. 2)

Da minha parte a minha preocupação maior é fazer infecção cruzada com outros pacientes acho assim principalmente da enfermagem somos os profissionais mais próximos do paciente e a infecção cruzada é o maior risco [...]. (Enf. 3)

[...] acho que a nossa atenção é bem importante para não espalhar essa infecção desse paciente para outros pacientes. (Enf. 12)

[...] minha preocupação maior é infecção hospitalar, passar de um paciente para o outro, por isso eu dou importância aos cuidados de enfermagem [...] é na prevenção, é nessa parte da infecção cruzada. (Enf.18)

Segundo Siegel *et al.* (2007) “cuidar” são todas as atividades que trazem o profissional próximo ao paciente, que incluem enfermeiros, médicos e atividades de apoio. Estas ações estão relacionadas também à entrega de alimentação ou a realização da limpeza do quarto. Os cuidados manifestam-se na preservação com o melhor potencial saudável da espécie humana e depende de uma concepção ética

que contemple a vida como um bem valioso em si (SOUZA; SARTOR; PRADO, 2005).

A ética se refere à reflexão crítica sobre o comportamento humano. Diante disso, podemos citar os valores estéticos na enfermagem que são caracterizados pela sensibilidade, que qualifica o fazer humano na medida em que afirma que a prática deve ser sensível a determinados valores. Nesse sentido, um dos valores que podemos delinear é o ideal da profissão, que é a sua valorização, que estampa o respeito, o orgulho e a dignidade daqueles que a praticam (PASCHOAL; MANTOVANI; POLAK, 2002).

Ainda para essas autoras a estética é a busca pela qualidade do serviço e pelo respeito ao cliente que, neste contexto, se insere como a qualidade de assistência prestada, assim como a construção do conhecimento, dentro de uma relação interpessoal imprescindível ao desenvolvimento individual, profissional e social.

Diante disso, a busca pela excelência na prática assistencial relacionada a infecções em pacientes submetidos ao TCTH é demonstrada pelo Enf. 02 como sentimento de culpa considerando-se corresponsável pelos agravos que podem advir também da inobservância da equipe às medidas de prevenção. Percebe-se a corresponsabilidade, pois o enfermeiro se sente o controlador das infecções através de suas ações preventivas,

[...] acho que nós como enfermeiros temos a preocupação de querer o melhor e quando você vê alguém sofrendo por causa de uma doença infecciosa que muitas vezes ela pode acontecer por infecção cruzada que um comportamento meu, não lavei as mãos ou não usei os EPIs de forma correta, eu fiz alguma coisa que comprometeu o estado dele, eu fico chateada [...] você trabalha em equipe, espera que o outro também tenha essa preocupação [...] então cria-se uma ansiedade grande, um sentimento forte, de querer que as coisas melhorem, aí vem as vezes a tristeza, frustração, principalmente quando chega o óbito (Enf. 02).

Por outro lado, a infecção cruzada é citada como sendo de pouca prevalência no setor e que o cuidado da enfermagem é realizado por profissionais com a consciência da responsabilidade em seus atos,

Especificamente o *Enterococco Resistente a Vancomicina* (VRE) que está sendo difícil pra gente controlar [...] ter o paciente em isolamento, por conta dessa infecção e não contaminar outros pacientes [...] a gente sabe que não

tem contaminação cruzada, é muito difícil, mas aqui felizmente [...] é muito gratificante a gente saber que cuidou bem e isso não se estendeu para os outros pacientes, a gente não teve uma epidemia de VRE [...]. (Enf. 30)

Nesse sentido podemos observar no discurso do Enf.30 acima, que ele sente que pode garantir a prevenção, visto que considera que não houve infecção de maneira cruzada devido à responsabilidade dos profissionais envolvidos na assistência.

Em se tratando de medidas de prevenção, a higienização das mãos foi citada como cuidado fundamental do enfermeiro desta pesquisa, como referido anteriormente, para não carrear contaminação ao cateter venoso central e a venopunção quando necessária ao paciente. Essa atitude vem ao encontro das recomendações da ANVISA que usa como base um “pacote de medidas” como um importante impacto na prevenção de infecções da corrente sanguínea associada ao acesso venoso. Estão inclusos nas recomendações a higienização das mãos, os cuidados assépticos na passagem do cateter, a escolha do sítio adequado para a inserção e a reavaliação diária desse dispositivo. Desse modo, cada elemento deste “pacote” está estabelecido em evidências científicas, visto que são consideradas um cuidado padrão que reflete na melhoria da assistência (ANVISA, 2009).

Cabe enfatizar que o termo “lavagem das mãos” foi recentemente substituído por “higienização das mãos” (HM) devido à maior abrangência deste procedimento. Engloba a higienização simples, a higienização antisséptica, a fricção antisséptica e a antisepsia cirúrgica das mãos (FERNANDES, 2008). Dados da literatura demonstram que a higienização das mãos é a rotina mais simples, eficaz e de maior importância na prevenção e controle da disseminação de infecções, no qual podemos destacar que os pacientes submetidos ao TCTH se encontram imunodeprimidos e suscetíveis a diversas fontes de contaminação (BRASIL, 1998; BOCHI; KALINKE; CAMARGO, 2007; CRUZ, 2008; FERNANDES, 2008; MOURA *et al.*, 2008; VALLE *et al.*, 2008; ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009).

Nas referências dos enfermeiros direcionadas à prática da higienização das mãos observa-se o reconhecimento da importância dessa ação como medida fundamental para prevenção e controle de infecções,

[...] o principal, importante e necessário é lavar as mãos é um tema bem batido, mas acho ainda o primordial é a lavagem das mãos é o cuidado no manuseio do cateter, sonda [...] e lavar as mãos, lavar, lavar. (Enf. 05)

Aqui a gente tem bastante cuidado, lavagem das mãos [...] chega a ser cansativo, mas você incorpora isso e isso é bom. (Enf.11)

[...] a lavagem das mãos, a lavagem das mãos é tudo, não tem outra coisa para fazer, é lavagem das mãos. (Enf. 35)

Além da proteção do paciente, existem medidas que envolvem o profissional que realiza assistência na área da saúde. As precauções básicas são acessórios que auxiliam o profissional na condução de técnicas nas atividades laborais, através do uso correto de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (VALLE *et al.*, 2008. CRUZ, 2008). O Ministério da Saúde estabelece a Norma Regulamentadora – NR 32 por meio da Portaria GM n.485 de 11 de novembro de 2005, considera EPI, todo dispositivo ou produto, de uso individual que o trabalhador utiliza, com vistas à proteção de riscos suscetíveis de ameaçar a segurança e a saúde no trabalho (BRASIL, 2005).

Porém, há estudos que pontuam a baixa adesão dos trabalhadores da área da saúde ao uso de EPI e à HM, os quais teoricamente conhecem os riscos que podem comprometer o paciente e a si mesmo, no entanto, não aderem integralmente às medidas básicas de prevenção (MOURA, 2004; MOURA; GIR 2007; CRUZ, 2008; VALLE *et al.*, 2008). Essa atitude não corrobora com as representações do enfermeiro assistencial do TCTH, visto que a maioria dos depoentes cita a HM e o uso de EPI para sua própria proteção e também para o paciente ao efetivar o cuidado assistencial ao paciente transplantado. Percebe-se nas falas abaixo, que há adesão as normas padrão, visto que isto representa a salvação da vida,

[...] uso os EPIs pensando em mim e no paciente, e não quebrar a técnica. Eu penso em ser um profissional consciente e usar os EPIs corretamente (Enf. 06)

É lavar as mãos sempre quando entrar no quarto do paciente e quando sair [...] quando tem um paciente em isolamento, trocar o avental, fazer a escovação correta, não usar acessórios, anel, brinco pra evitar contato, usar EPIs em geral [...]. (Enf. 09)

Eu procuro usar os EPIs e sempre lavagem das mãos, utilizar álcool 70%, então procuro seguir todas as normas [...] sempre usar luvas no contato com o paciente, a gente sabe que no contato com o paciente nunca sabe onde há secreção, aonde está correndo o risco [...]. (Enf. 11)

Lavar as mãos sempre, não entro no quarto sem máscara [...] é um paciente hematológico [...] acho que é importante a gente se prevenir também, é sapato fechado, roupa adequada, uso de luva quando a infecção é de contato, uso de máscara especial quando há necessidade [...]. (Enf. 14)

Lavagem das mãos antes e depois, dependendo do que for fazer com o paciente, uso de EPIs de um modo geral [...]. (Enf. 15)

[...] a escovação das mãos, uso de paramentos, máscara, avental e assim por diante (Enf. 18)

[...] eu uso luva se for necessário, também uso óculos se for aspirar o paciente, uso roupa exclusiva do hospital [...]. (Enf. 19)

O estudo de Coelho (2008) afirma que as pessoas conversam e se compreendem, dividem situações triviais e distintas, essa vivência cotidiana contribui para o processo de construção coletiva no senso comum transformando-o. Desse modo, o grupo cria uma base de significância, no compartilhar de imagens e idéias reciprocamente aceitas que fortalecem os vínculos sociais (MOSCOVICI, 2009) e segundo Santos *et al.* (2008) além do conhecimento técnico que o profissional de enfermagem deve ter é necessário que exista valorização e aceitação de conceitos como verdadeiros incorporando-os em sua prática cotidiana.

Diante disso, percebemos nessa pesquisa que o enfermeiro compartilha com o grupo técnicas padronizadas para prevenção de infecções visto que, o uso de precauções foi representado pelos enfermeiros como essencial para o cuidado assistencial. Percebe-se que o conhecimento científico e a adesão as técnicas é o que realmente importa para esses profissionais.

A paramentação a que se refere o Enf. 19 e 35 faz parte das medidas preventivas usadas no cotidiano desse profissional, pois no serviço de TCTH é utilizado máscara, avental esterilizado no cuidado a todos os pacientes, independente de estar ou não com complicações infecciosas. As luvas de procedimento são usadas quando o paciente está em isolamento e preconizado pela comissão e controle de infecção hospitalar da referida instituição,

[...] os pacientes ficam em isolamento, a gente tem que usar o avental exclusivo deixar dentro do quarto, usar luvas e aqueles cuidados básicos [...]. (Enf.19)

[...] a equipe acho que é mais conscientizada na questão da lavagem das mãos e paramentação (Enf. 35)

Verifica-se que para os enfermeiros a infecção cruzada está presente com episódios raros ou inexistentes,

[...] o que a gente vê é que têm poucos casos de infecção cruzada, alguns poucos casos de infecção cruzada. (Enf. 8)

[...] aqui não tem muita infecção cruzada e aqui a gente tem bastante cuidado [...]. (Enf. 11)

[...] mas uma coisa que me chama atenção aqui no TMO é que ele (paciente) não tem infecção cruzada [...]. (Enf. 23)

As medidas padrão de precauções devem ser utilizadas em todos os pacientes, independente de sua condição clínica (com ou sem a presença de doenças transmissíveis). Essas medidas são baseadas nos modos de transmissão, direcionadas a pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de infecção, nas quais são classificadas em precauções de contato e precauções respiratórias para gotículas e de aerossóis infectantes (MOURA, 2004; SIEGEL *et al.*, 2006).

A prevenção por contato é realizada quando há suspeita ou confirmação de colonização/infecção de paciente por microorganismos transmitidos por contato, como exemplo, bactérias ou vírus entéricos, *Clostridium difficile*, *Herpes Zoster* disseminado, Vírus Sincicial Respiratório, Vírus Parainfluenza, Bactérias multirresistentes entre outras (SIEGEL *et al.*, 2006. CASSETTARI; BALSAMO; SILVEIRA, 2009).

O cuidado na assistência é citado pelos enfermeiros como mais intensivo quando o paciente está em isolamento, a atenção é maior no sentido de utilizar as medidas de precauções pertinentes a cada tipo de micro-organismo,

Penso em contaminação, de cuidados de precaução, a gente tem que ficar mais atento não que quando não fale em infecção, não precise, mas é um cuidado maior, pra não passar para os outros. (Enf. 07)

[...] é um paciente que precisa de uma atenção maior, dados vitais, temperatura, cuidar com as precauções de cada infecção em particular, se é respiratório, contato aéreo, precauções de contato, luva, jaleco, não sair com jaleco do quarto do paciente, não levar e trazer coisas pra dentro e fora do quarto sempre tudo que entrar lá ficar. (Enf. 14)

[...] cuidado redobrado, atentar para os sintomas da infecção, se for uma infecção que exige uma precaução de contato, se assegurar de que está sendo feito realmente [...]. (Enf. 15)

Quando há confirmação de caso colonizado/infectado de micro-organismo por meio de exames laboratoriais, a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) avisa o serviço, que deixa o paciente em isolamento que se constitui de ficar em quarto único, porta fechada, materiais de uso exclusivo, como estetoscópio, esfigmomanômetro, termômetro entre outros. Atualmente quando o paciente é proveniente de outro serviço de saúde, a enfermagem realiza a coleta de swab retal e deixa-o em isolamento até sair resultado de cultura, para diagnosticar possível contaminação por *Enterococo* resistente à vancomicina (VRE), visto que esse microorganismo é emergente no setor.

Por ocasião do resultado de cultura positiva, o isolamento é instituído, pela CCIH, colocando-se na porta do quarto as especificações do agente infeccioso, bem como os tipos de precauções a serem seguidas. Esse cuidado é ressaltado nas falas e referem-se à preocupação sobre a vulnerabilidade de outros pacientes em adquirir infecções se não seguir as recomendações, pois, o sentimento de medo e culpa desses profissionais permeia o cenário do TCTH, por se considerarem um possível vetor,

Eu faço quando tem um paciente em isolamento, as precauções que são preconizadas pela CCIH, o papel na porta, lavar as mãos antes de entrar e ao sair, usar luvas quando possa gerar líquidos, fluídos corporais [...]. (Enf. 17)

[...] os pacientes ficam em isolamento [...] usar o avental exclusivo deixar dentro do quarto, usar luvas [...] o cuidado maior para não estar passando para os outros também. (Enf. 19)

[...] acho que a preocupação com o paciente do TMO já é grande, essa preocupação maior é esse sentimento, quando eu vejo a plaquinha na porta eu já me polício [...] eu levar infecção para o paciente, talvez eu acabe pensando mais nele do que em mim [...]. (Enf. 27)

Além da atenção maior quando assiste o paciente por ocasião do isolamento, observamos nas falas abaixo o cuidado ao utilizar as técnicas adequadamente para prevenção e controle de infecções, visto que demonstram o conhecimento técnico e científico incorporado no cotidiano,

[...] quando você está fazendo a medicação [...] se acidentalmente contaminar, desprezar e voltar a fazer outra medicação [...] pode pôr em risco o paciente [...]. (Enf. 05)

[...] toda a recomendação além da técnica acho que a gente tem que ter uma coisa muito certa de você ser um bom profissional, de ter bom senso, de ser responsável pelas atitudes, de não ser negligente, de você se cercar de todos os cuidados, porque, se acha que contaminou, então contaminou despreza, faz outro, faz de novo, nunca trabalhar na dúvida, trabalhar só com segurança, na certeza. (Enf. 10)

O enfermeiro deve seguir as recomendações de prevenção e controle de infecção hospitalar, pois o ambiente hospitalar constitui um reservatório e importante fonte microbiana. Nesse sentido, os profissionais de saúde têm sido apontados como grandes reservatórios e disseminadores de microrganismos, seja de si para o paciente e ambiente e vice-versa, ou ainda, como veículo de transmissão entre pacientes e para a comunidade (CRUZ, 2008).

A fala do Enf. 05 corrobora com Cruz (2008) na medida em que afirma que pode ser um potencial disseminador de micro-organismos, visto que associa a realização de procedimentos de forma correta com a educação em saúde e o trabalho em equipe,

[...] as infecções são decorrentes dos processos de trabalho [...] o cuidado não é individual [...] tem que ser a equipe [...]. (Enf. 05)

Segundo Mercês (2009, p. 168), “o enfermeiro cuida, controla apoia, se sente responsável, mesmo não o sendo, quando ocorre intercorrências e fica questionando, será que o manuseio do cateter foi correto, será que carreei a microbiota que causou a infecção [...]”. Percebe-se nos depoimentos a responsabilidade direcionada à enfermagem em relação aos cuidados realizados aos quais juntam sentimentos de frustração e culpa, visto que mencionam a possibilidade de levar infecção ao paciente pelos agravos que podem ser decorrentes do processo de trabalho,

[...] a gente se sente frustrado porque é uma parte do trabalho da gente que está comprometido [...] qualquer que seja o procedimento executado pela enfermagem que possa ter falhado e levado esta infecção [...] as infecções são decorrentes dos processos de trabalho, então é um sentimento de frustração para a gente. (Enf.05)

[...] veja bem, infecção de uma maneira geral aqui ou em outro lugar que trabalha [...] acho que o problema é a falta de conscientização do profissional. A partir do momento que cada um de nós conscientizarmos-se do que pode acontecer com o paciente [...]. (Enf. 06)

[...] eu sinto que um pouco pode ser nossa responsabilidade, que a gente pode ter contribuído, será que eu ajudei nisso, será que lavei bem as mãos,

cuidei na manipulação do cateter, será que tive participação também [...].  
(Enf. 08)

O estudo de Paschoal, Mantovani e Polak (2002) refere-se que a consciência é a percepção que as pessoas têm de si, do meio ambiente e dos outros, ou seja, é o julgamento interno que cada um faz de seus atos e dos atos alheios e, ainda sofre alteração de um grupo profissional para outro, de uma época para outra, pois se baseia em valores que são mutáveis e, vem ao encontro do estudo de Santos *et al.* (2008) considera-se que o indivíduo ao tomar consciência reconhece e valoriza sua realidade, assim, estabelecerá sua forma de atuar diante das circunstâncias, conforme os valores incorporados em seu cotidiano.

Na fala do Enf. 11, verifica-se a ambiguidade do sentimento de culpa por sentir-se responsável quando o paciente adquire infecção, mas ao mesmo tempo ter consciência de que nem sempre o enfermeiro é o agente que provoca esse agravo, existindo a percepção de que além da forma de cuidado a imunodepressão também é fator de risco,

[...] eu me sinto culpada, mas nem sempre a gente é culpada, aqui a gente tem bastante cuidado (Enf. 11).

A maioria das infecções hospitalares manifesta-se em pacientes graves, que decorrem do desequilíbrio entre sua microbiota normal e seus mecanismos de defesa. Assim, na ocorrência de infecções, os microorganismos têm um papel passivo, cabendo aos profissionais serem os carreadores, e é sobre suas ações que resultam no controle desses agravos (VALLE *et al.*, 2008. CRUZ, 2008).

O relato do Enf. 17 e 22 evidencia o conhecimento técnico-científico baseado na literatura especializada acerca da importância de medidas preventivas a IRAS e justificam sua conduta através das falas,

[...] acho que 90% das infecções hospitalares são culpa das mãos mal lavadas, então quando vejo um paciente [...] penso não fez o que deveria fazer, eu enquanto equipe de enfermagem, não enquanto enfermeiro, porque eu tenho essa consciência eu fiz, mas porque que deu? (infecção) porque alguém não fez então eu me sinto mal, no sentido de que poderia ter evitado uma consequência para o paciente, mas por outro lado com relação a ele eu sinto que pode melhorar, assim tomam-se atitudes para que isso melhore [...] com relação a ele eu sinto culpa (Enf. 17).

[...] basicamente uso lavar as mãos, usar luvas sempre que a gente pega alguma coisa contaminada, lavar as mãos muitas vezes no dia, acho que

esse é o segredo da Infecção Hospitalar é lavar a mão, se a gente lava a mão não se contamina e não se passa adiante (Enf. 22).

Fica evidente o sentimento de dúvida relacionado ao cuidado, à culpa, à impotência, de modo que os depoentes referem que poderiam ter realizado uma assistência melhor para que o paciente não contraísse infecção,

[...] sinto que preocupa então é difícil saber em que momento isso aconteceu, e quem foi o causador, mas há um sentimento será que eu fiz alguma coisa, será que eu não cumpri uma regra então sempre tem o sentimento de culpa [...] sabemos que tem muitos fatores envolvidos, mas o meu sentimento ainda é o que foi que não fiz nesse cuidado. (Enf. 21)

Sinto que falhou alguma coisa, mas aonde não consigo identificar [...]. (Enf. 26)

Às vezes eu me pergunto será que tem a participação da enfermagem, do restante da equipe, será que falhamos nisso porque embora seja um quadro esperado [...] mas a gente sabe também que tem meios de evitar que depende muito da gente, uma sensação até um pouco de impotência. (Enf. 29)

Como modalidade terapêutica, o TCTH envolve caráter de complexidade e Mercês (2009) refere-se à necessidade do envolvimento da equipe multiprofissional nesse procedimento, em que a interação desta se torna indispensável em todas as fases do transplante.

Na falas abaixo, pode-se observar a preocupação dos enfermeiros com a gravidade das infecções, uma vez que relacionam a dificuldade que encontram com a sensação de corresponsabilidade pelo comportamento da equipe multidisciplinar e com a família. Esse aspecto representacional apresentado pelos enfermeiros está relacionado com as orientações que estão a cargo da equipe de enfermagem realizar e revelam o compromisso, a responsabilidade que esses profissionais têm ao assistir o paciente de TCTH, visto que demonstram culpabilidade pelo fato de que nem todas as pessoas que cuidam dos pacientes seguem recomendações de prevenção e/ou controle de infecção,

[...] quando os pacientes estão isolados por conta de uma infecção que podem passar para outros, é muito difícil, porque a gente tem que controlar a equipe de enfermagem, a família e os próprios médicos que nem sempre tomam os cuidados necessários, então é sempre uma situação preocupante para todos [...] as infecções são extremamente graves [...]. (Enf. 30)

[...] o enfermeiro, ele tem a obrigação de fazer educação continuada, orientar os familiares, os outros profissionais que entram em contato com esse paciente [...]. (Enf. 32)

[...] é a responsabilidade profissional de cada um [...] precisa ser um trabalho em conjunto, não só da enfermagem, como de todas as outras categorias profissionais [...]. (Enf.33)

Diante disso, o familiar também faz parte desse processo no auxílio do tratamento durante a internação e especialmente na alta hospitalar. No entanto, os profissionais referem à necessidade de re(orientação) contínua, pois o nível de compreensão do cuidador varia, visto que os enfermeiros referem que a infecção é carregada pelos familiares que são culpados pelas infecções. Este é outro aspecto observado nos depoimentos dos enfermeiros,

[...] eu imagino que a infecção vem de fora, não necessariamente da equipe de saúde, mas dos acompanhantes, embora a gente oriente sempre falha alguma coisa [...]. (Enf. 26)

[...] acho que o familiar tem uma parcela muito grande na ocorrência de infecção por mais que ele seja orientado às vezes acontecem atritos entre enfermagem e familiares porque às vezes a gente acaba chamando a atenção [...] acho que tinha que ser um trabalho mais contínuo com eles. (Enf. 29)

Nas falas abaixo, percebe-se a resistência do familiar a adesão das condutas preconizadas pela enfermagem,

[...] nós profissionais devemos estar sempre orientando [...] tem algumas famílias que tem uma aceitação, um comprometimento maior [...] mas às vezes elas não tem um entendimento do que é aquilo (micro-organismo) e acabam não agindo de maneira correta. (Enf. 33)

[...] se você abranger todos os cuidados, principalmente com os familiares, eles convivem com os pacientes dentro do ambiente [...] falta uma noção maior pra eles entender o que é infecção, o que é um micro-organismo e porque daquele cuidado, eu acho que muitas delas podem ser prevenidas. (Enf. 34)

[...] a gente vê que tem familiares que são bem resistentes, eles não tem a noção de infecção que a gente tem, do risco, porque eles não estão vendo [...] por mais que você oriente, tem uma rotina aqui de orientação [...] (Enf. 35)

Verifica-se que alguns enfermeiros percebem a família como elemento que não segue as rotinas preconizadas e que são resistentes a mudanças e afirmam que o cuidador faz parte do processo do transplante e devem a partir das orientações

recebidas pela equipe de enfermagem “adequar o cuidado” e pensar de forma semelhante ao profissional, pois esta é a forma de garantir o sucesso do tratamento.

Na medida em que os profissionais constroem o conhecimento sobre medidas preventivas, seja por educação em saúde, seja pela vivência com a equipe, o enfermeiro elabora também representações de culpa, pois tudo que preconizava falhou. Diante disso, se considera também o vetor resultante desses agravos. Então, quando o paciente contrai infecção, surge o sentimento de culpabilidade por conhecer os cuidados necessários para a prevenção e mesmo assim não tê-los realizado de forma efetiva. Assim sendo, observa-se nessa pesquisa que para o enfermeiro do TCTH, o cuidado representa a preservação da vida, e o medo e a culpa que diariamente coabitam esse cenário são resultantes da consciência de não conseguir alcançar os objetivos desse cuidado.

## 5 CONSIDERAÇÕES

Essa pesquisa teve como objetivo identificar as representações dos enfermeiros sobre infecção em pacientes submetidos ao TCTH, pois as RS admitem a compreensão da realidade que direciona as relações dos indivíduos no meio social determinando seu comportamento e sua prática no dia a dia.

As infecções relacionadas à assistência à saúde são consideradas um desafio às instituições, sendo um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No que se refere às infecções em paciente submetido ao TCTH, esse desafio, para os enfermeiros assistenciais são centrados principalmente em medidas preventivas, pois a infecção é o evento comum e representa cotidianamente elevada mortalidade devido à imunodepressão decorrente da terapêutica.

A coleta de dados, mediante entrevista semiestruturada com posterior análise de conteúdo, permitiu-nos evidenciar duas categorias: Infecção e a possibilidade da finitude humana e infecção e culpabilidade.

Na primeira categoria “Infecção e a possibilidade da finitude humana” percebeu-se nos depoimentos que a infecção, para o enfermeiro, está relacionada ao óbito. Tem como precursor e agravante a imunodepressão por predispor esses agravos. A infecção é relatada como a principal causa do insucesso do tratamento.

Evidenciou-se também nessa categoria que o enfermeiro tem conhecimento técnico-científico acerca das medidas preventivas e as utiliza no dia a dia corroborando com a literatura especializada sobre o controle e a prevenção das IRAS. Há que se ressaltar que a assistência ao paciente, de acordo com a peculiaridade do transplante, exige extremo rigor técnico que massacra seu cotidiano e ronda esse cenário. Muitas vezes, o enfermeiro deixa o cuidado subjetivo para um segundo momento, pois o ambiente tecnicista o faz direcionar o pensamento para o biológico, cujo objetivo primordial é a cura. Para tanto, é necessário a prevenção de infecção, principal complicação e relevante para o óbito ou retardo da cura.

Além de desempenhar os cuidados baseados na prevenção, percebe-se a educação em saúde na prática assistencial do enfermeiro através das orientações realizadas cotidianamente aos envolvidos no processo do transplante. O familiar e/ou cuidador são os principais aliados nos cuidados ao paciente, desde que, este,

siga as orientações realizadas pelo profissional. Diante disso, o enfermeiro refere à necessidade de re(orientação) contínua, visto que o nível de compreensão do cuidador é individual.

A representação apreendida nos relatos dos enfermeiros sobre infecção está diretamente relacionada à finitude humana, haja vista que esses profissionais percebem sua prevenção como salvação da vida. Usam extremo rigor técnico no cuidado cotidiano, no entanto revelam, ainda, o sentimento de impotência frente à ocorrência da infecção.

Na segunda categoria, observou-se que mesmo quando questionado em relação ao seu sentimento, o enfermeiro se considera também o vetor capaz de desencadear infecção ao paciente. A culpa e o medo permeiam o seu cotidiano de cuidados. O cuidado especializado e de qualidade é entremeado fortemente pela conduta terapêutica, aliada à tecnologia de ponta, medicamentos de última geração, ambiente asséptico e medidas preventivas.

Assim, a infecção é o agravante que permeia esse ambiente tecnológico e, por conta disso, o enfermeiro em sua vivência na prática profissional busca cotidianamente a excelência na assistência de enfermagem através do cuidado nas medidas profiláticas. Podemos inferir que o enfermeiro desse serviço se considera responsável por toda a dinâmica que envolve o cuidado e também agrega a si a culpa se o tratamento não é bem sucedido. De acordo com essa pesquisa, esse profissional sente-se impulsionado a garantir a prevenção e o controle de infecções, através de sua prática assistencial.

Em se tratando da temática IRAS e suas complicações no TCTH, se espera que essa pesquisa possa contribuir com a prática profissional, tendo em vista que o enfermeiro atribui valor as técnicas entendendo que estas são, principalmente nesses pacientes, um marco divisório entre a vida e a morte, mas há um sofrimento implícito em seus relatos que direciona para a criação de serviços de apoio e estes devem ser validados nos locais altamente tecnológicos, a medida que, a impotência oriunda da tecnologia cria representações que não responde aos anseios dos profissionais.

## REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- ALMEIDA, M. H. **Factibilidade do uso do cateter tipo Hickman em uma enfermaria geral de hematologia**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.
- ANDERS, J. C. **O transplante de medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciaram**. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- ANDRADE, D.; LEOPOLDO, V. C.; HAAS, V. J. Ocorrência de bactérias multiresistentes em um centro de terapia intensiva de hospital brasileiro de emergências. **Rev. Bras. Ter. Intens.**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.27-33, jan./mar. 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: RETO, L. A.; PINHEIRO, A. Lisboa: Edições 70, 2009.
- BERGAMASCO, M. D. Di D.; GOTO, J. M.; OLIVEIRA, J. S. R. Epidemiologia das infecções de corrente sanguínea (ICS) em transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH). **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v.29, supl. 2., p. 84, 2007.
- BOSCHI, K. C. G.; KALINKE, L. P.; CAMARGO, J. F. C. Assistência de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoiéticas alogênico: cuidados baseados em evidência. **Prát. Hosp.**, São Paulo, n.49, p. 31-7, jan./fev. 2007.
- BONI, V.; QUARESMA, S. J. **Aprendendo a entrevistar**: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. v.2, p. 68-80, jan/jul. 2005. Disponível em: <[www.emtese.ufsc.br/3\\_art5.pdf](http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf)> Acesso em: 15/11/2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 196 de 10 de outubro de 1996**. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.616 de 12 de maio de 1998**. Expede instruções para o controle de infecções hospitalares. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1998.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria n. 2.480 de 17 de novembro de 2004**. Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Diagnóstico da saúde da população masculina**. Portal da Saúde. 2009. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 15/09/2009.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Segurança do paciente em serviços de saúde**: higienização das mãos. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>. Acesso em: 23/09/2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. MANGINI, C. (Coord.). **Corrente sanguínea - Critérios nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde**. Set, 2009. Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/portal/controle-infeccoes/.../corrente-sanguinea.pdf](http://www.saude.mt.gov.br/portal/controle-infeccoes/.../corrente-sanguinea.pdf)>. Acesso em: 03/06/2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 931, de 2 de maio de 2006**: aprovação do regulamento técnico para transplante de células-tronco hematopoéticas. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/index.htm>. Acesso em: 15/03/2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria n.485 de 11 de novembro de 2005**: dispõe sobre a Norma Reguladora NR32 relativa à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, 16 jun. 2005. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/trabalhista/portmt485htm>>. Acesso em: 16/03/2010.

CANELA, L. C. G da C e S. **Cuidar/cuidados de enfermagem na vigilância de colonização e vigilância por MRSA (*Staphylococcus aureus meticulo resistente*) em clientes imunocomprometidos por doença hematológica**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

CARDOSO, M. F.S. *et al.* Infecções hospitalares em unidade de transplante de medula: seis anos de vigilância. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v.29, supl. 2, p. 85, 2007.

CARDOSO, M. F. S.; KAWAGOE, J. Y.; CORREA, L. Uma década de vigilância epidemiológica das infecções de corrente sanguínea. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v.29, supl. 2, p. 86, 2007.

CASCAIS, A. F. M. V.; MARTINI, J. G.; ALMEIDA, P. J dos S. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4. p. 495-500, 2008.

CASTAGNOLA, V.; FARACI, M. Management of bacteremia in patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. **Exp. Rev. Anti Infect. Ther.**, New York, v.7, n.5. p.607-621, 2009.

CASSETTARI, V. C.; BALSAMO, A. C.; SILVEIRA, I. R. **Manual para prevenção das infecções hospitalares 2009**. São Paulo: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, 2009.

CINTRA, E. A. *et al.* Utilização de indicadores de qualidade para avaliação da assistência de enfermagem: opinião dos enfermeiros **J. Health Sci. Inst.**, Tokyo, v. 28, n. 1. p. 29-34. 2010.

COELHO, M. S. **Representações sociais de familiares de pessoas com diabetes mellitus sobre essa condição crônica**. Tese – (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n.º200, de 15 de abril de 1997**: Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea. Resolução COFEN – 200, Rio de Janeiro, 1997.

CRUZ, E. D. A. **Staphylococcus aureus e Staphylococcus aureus resistente a meticilina em trabalhadores de um hospital universitário: colonização e crenças em saúde**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FERNANDES, A. T. **Percepções de profissionais de saúde relativas à infecção hospitalar e às práticas de controle de infecção**. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FOWLER, D. J.; SÁ, A. C. Humanização nos cuidados de pacientes com doenças crônico-degenerativas. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2. p. 225-230, 2009.

GARCIA-VIDAL, C. *et al.* Epidemiology of invasive mold infections in allogeneic stem cell transplant recipients: biological risk factors for infection according to time after transplantation. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v.4, n.8, p.1041-1050, 2008.

GARNICA, M.; MAIOLINO, A.; NUCCI, M. Risk factors and outcome associated with mult-drug resistant gram-negative (MDRGN) bacteremia in neutropenic hematopoietic stem cell transplant (HSCT) recipients. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** São Paulo, v. 28, supl.1, p. 82, 2006.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HAMERSCHLAK, N. *et al.* Estudo retrospectivo do tratamento de leucemia mielóide aguda com o transplante de medula óssea – A experiência brasileira. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 11-18, 2006.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Rev. Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, supl. 15, p. 57-70, 2005.

HONÓRIO, R. P. P; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 11, n. 01. p. 188-193. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a24.htm>>. Acesso em: 31/03/2010.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UFPR. **História do HC**. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/>>. Acesso em: 14/08/2010.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). BARBOSA, M. B. A. (Org.). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-

serviço/Instituto Nacional do Câncer. 3. ed. atual. e amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 488p.

JODELET, D. Les représentations sociales: un domaine en expansion. In: JODELET, D. (Org.). **Les représentations sociales**. Paris: Press University of France, 1989.

KELNER, N.; CASTRO, J. F. L. de. Laser de baixa intensidade no tratamento de mucosite oral induzida pela radioterapia: relatos de casos clínicos. **Rev. Bras. Cancerol.**, São Paulo, v. 53, n. 1. p. 29-33. 2007.

LEÃO, A.; BARROS, S. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1. p. 95-106, 2008.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

MACHADO, C. *et al.* Infecções em transplante de células-tronco hematopoéticas. In: VOLTARELLI, J. C. *et al.* (Ed.). **Transplante de células-tronco hematopoética**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 589-630.

MANTOVANI, M. F. Prefácio 2. In: ORTEGA, E. T. T. *et al.* **Compêndio de enfermagem em transplante de células tronco-hematopoéticas**: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações. Curitiba: Maio, 2004. p.12-13.

MANTOVANI, M. F. *et al.* O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 13, n. 3, p. 336-342, 2008.

MARTINELLI, M. L. **Pesquisa qualitativa**: um instigante desafio. São Paulo: Veras, 1999.

MCCLOSKEY, J. C; BULECHEK, G. M. (Org.). **Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**. Trad. de Regina Garcez. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MERCÊS, N. N. A. **Representações sociais sobre o transplante de células-tronco hematopoéticas e do cuidado de enfermagem**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 404p.

MOURA, J. P. **A adesão dos profissionais de enfermagem às precauções de isolamento na assistência aos portadores de microorganismos multiresistentes**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MOURA, M. E. B. *et al.* Infecção hospitalar no olhar dos enfermeiros portugueses. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 743-749, out./dez. 2008.

MOURA, J. P.; GIR, E. Conhecimento dos profissionais de enfermagem referente à resistência bacteriana a múltiplas drogas. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 351-356, jul./set. 2007.

MERMEL, L. A. *et al.* Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of intravascular catheter-related infection: 2009, Update by the Infectious Diseases Society of America. **Clin. Infect. Dis.**, Chicago, v 49, n. 1. p. 1-45, 2009.

NAOUM, F. A. *et al.* Perfil microbiológico dos pacientes nos primeiros trinta dias pós transplante de medula óssea do serviço de transplantes da Santa Casa de São Paulo. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** São Paulo, v. 24, n. 2. p. 91-96, 2002.

OLIVEIRA, A. L.; NUCCI, M. Infecção em mieloma múltiplo. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v.29, n.1. p. 77-85, jan./mar. 2007.

OLIVEIRA, A. L. *et al.* Epidemiology of bacteremia and factors associated with multi-drug-resistant gram-negative bacteremia in hematopoietic stem cell transplant recipients. **Bone Marrow Transplant.**, Basingstoke, v .39, p. 775-781, 2007.

OLIVEIRA, E. A. *et al.* Intervenções da psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional no transplante de células-tronco hematopoiéticas. In: VOLTARELLI, J. C. *et al.* (Ed.). **Transplante de células-tronco hematopoiética**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1099-1118.

OLIVEIRA, A. C de.; SILVA, R. S da. Desafios do cuidar em saúde frente à resistência bacteriana: uma revisão. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v. 10, n. 1. p. 189-197, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a17.htm>>. Acesso em: 15/08/2009.

OLIVEIRA, A. P.; GOMES, A. M. T. A estrutura representacional do câncer para os seus portadores: desvelando seus sentidos e dimensões. **Rev. Enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4. p. 525-531. 2008.

ORIÁ, M. O. B.; MORAES, L. M. P.; VICTOR, J. F. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2004. Disponível em: <[www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br)>. Acesso em 24/12/2009.

ORSI, F. L de A. **Complicações infecciosas em pacientes randomizados a receber transplante alogênico de células progenitoras hematopoiéticas de sangue periférico ou de medula óssea**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

ORTEGA, E. T. T. *et al.* **Compêndio de enfermagem em transplante de células tronco-hematopoiéticas**: rotinas e procedimentos em cuidados essenciais e em complicações. Curitiba: Maio; 2004. 435p.

ORTEGA, E. T. T.; STELMATCHUK, A. M.; CRISTOFF, C. Assistência de enfermagem no transplante de células- tronco hematopoiéticas. In: VOLTARELLI, J.

C. *et al.* (Ed.). **Transplante de células-tronco hematopoiética**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1031-1098.

PADZUR, R. *et al.* **Cancer management**: a multidisciplinary approach. In: FORMAN, S. J. Hematopoietic cell transplantation. 7.ed. Oxford: Blackwell Science, 2003. p. 801-817.

PELAEZ DORO, M. PASQUINI, R. MEDEIROS, C. R. *et al.* O câncer e sua representação simbólica. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 24, p. 120-133, 2004.

PALAEZ DORO, M. Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas. In: ORTEGA, E. T. T. *et al.* **Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**. Curitiba: Maio, 2004. p. 337-350.

PASCHOAL, A. S.; MANTOVANI, M. F.; POLAK, Y. N. S. A importância da ética no ensino da enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 7, n. 2, p. 7-9, 2002.

POPE, C. MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artemed, 2009. 172p.

POST, M. J. *et al.* Invasive fungal infections in allogeneic and autologous stem cell transplant recipients: a single-center study of 166 transplanted patients. **Transpl. Infect. Dis.**, Copenhagen, v. 9, n.3, p.189-195, 2007.

RECCO, D. C.; LUIZ, C.B.; PINTO, M. H. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do Estado de São Paulo. **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 12, n. 2. p. 85-90, abr./jun. 2005.

RODRIGUES, I. G. **Cuidados paliativos: análise de conceito**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2004.

RUIZ, J.; LORENZATO, C. S. Recuperação imunológica pós-transplante de células-tronco hematopoéticas. In: ORTEGA, E. T. T. *et al.* **Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**. Curitiba: Maio, 2004. p. 281-287.

SANTOS, A. M. R. *et al.* As representações sociais da infecção hospitalar elaboradas por profissionais de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4. p. 441-446. jul./ago. 2008.

SANTOS, A. R. dos. **Repensando a filosofia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1997.

SIEGAL, J. D. *et al.* **Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings**. Centers for Disease Control and Prevention, 2006. Disponível em: <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/ar/mdroGuideline2006.pdf>. Acesso em: 20/02/2010.

SIEGEL, J. D.; RHINEHART, E.; JACKSON, M. *et al.* **Guideline for isolations precautions**: preventing transmission of infections agents in healthcare settings.

June, 2007. Disponível em: <<http://orign.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/guidelines/isolation2007.pdf>>. Acesso em: 20/08/2009.

SILVA, V. R. D da; DIAS, M. B. de S. **Controle e prevenção de infecção relacionada a cateteres vasculares 2004**. Hospital Sírio Libanês. Disponível em: <[www.hsl.org.br](http://www.hsl.org.br)>. Acesso em 07/06/2010.

SILVEIRA, R. C de C. P. **O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickmam: a busca de evidências**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2005.

SOUSA, C. M. A. M. *et al.* Representações sociais das implicações legais da infecção hospitalar e seu controle. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 4. p. 428-33. jul/ago. 2007.

SOUZA, M. L.; SARTOR, V. V. B.; PRADO, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1. p. 75-81. jan./mar. 2005.

VALLE, A. R. M da C. *et al.* Representações sociais da biossegurança por profissionais de enfermagem de um serviço de emergência. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. p. 304-309. jun. 2008.

VIGORITO, A. C.; CORRÊA, M. E. P. Mucosite. In: VOLTARELLI, J. C. *et al.* (Ed.). **Transplante de células-tronco hematopoiéticas**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 815-823.

VRANJAC, A. Sistema de vigilância epidemiológica das infecções hospitalares do estado de São Paulo - análise dos dados de 2005. Informes Técnicos Institucionais. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.4. p. 674-683. 2007.

VAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P; OLIVEIRA, C. de. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998. p. 3.

YAZAKI, M. *et al.* *Incidence and risk factors of early bacterial infections after unrelated Cord blood transplantation*. **Biol. Blood MarrowTranspl.**, Charlottesville, v. 15, n. 4. p. 439-446, 2009.

YEAGER, K.A. *et al.* Implementation of an oral case standard for leukemia and transplantation patients. **Cancer Nurs.** v. 23, n. 1. p. 1-15. 2000.

ZANIS NETO, J.; CALIXTO, R. F.; OSTRONOFF, M. Citopenias hematológicas e falha de enxertia pós-transplante de células-tronco hematopoiéticas. In: VOLTARELLI, J. C. *et al.* (Ed.). **Transplante de células-tronco hematopoiética**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 631.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados**

## ENTREVISTA

Idade:

Sexo:

Tempo de Formação:

Tempo Atuação no TCTH:

1. Fale-me sobre a ocorrência de infecção em pacientes submetidos a transplante de células tronco hematopoiéticas.
2. O que você sente quando um paciente evolui com infecção?

## **APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Pesquisa em Seres Humanos**

Você está sendo convidado a participar de um estudo que será realizado no Serviço de Transplante de Células-tronco Hematopoiéticas (STCTH), e foi escolhido por ser enfermeira (o) assistencial e trabalhar há mais de seis meses no serviço. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, em caso de recusar-se a participar não haverá prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

O objetivo dessa pesquisa é caracterizar as representações do enfermeiro relacionadas à infecção em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas. As representações são construídas e compartilhadas coletivamente, desse modo podem produzir e determinar comportamentos de acordo com estímulos recebidos pelo ambiente.

A enfermeira Evana Terezinha de Castro Zavadil, mestranda do curso de pós graduação em enfermagem da Universidade federal do Paraná, telefone 33601082, no período da tarde é responsável por essa pesquisa.

Sua participação nessa pesquisa será responder perguntas sobre infecção no transplante, cujas respostas serão gravadas e com duração de aproximadamente trinta minutos, na sala de estudos do STCTH.

Os benefícios da sua participação poderão contribuir para melhorar futuras discussões em relação às medidas de prevenção e controle, tanto na colonização por organismos potencialmente patogênicos, como da transmissão cruzada no ambiente hospitalar.

As informações obtidas através desse estudo são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Eu \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_,

Li o texto acima e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Compreendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, de modo que esta decisão não acarretará qualquer prejuízo com a pesquisadora ou instituição. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

---

Assinatura do participante

Data

---

Assinatura do pesquisador

Data

**ANEXOS**

## ANEXO 1



Curitiba, 30 de março de 2010.

Ilmo (a) Sr. (a)  
**Evana Terezinha de Castro Zavadil**  
Neste

Prezada Pesquisadora:

Comunicamos que o **Adendo ao Protocolo e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, datado de 26 de março de 2010, referente ao Projeto de Pesquisa intitulado “**ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO CONTINUADA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉICAS**”, foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos em reunião realizada em 30 de março de 2010. O referido documento atende os aspectos das Resoluções CNS 196/96, e demais, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde.

**CAAE: 0254.0.208.000-09**  
**Registro CEP: 2062.229/2009-10**  
**Instituição: Hospital de Clínicas da UFPR**

Atenciosamente,



**Renato Tambara Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do Hospital de Clínicas/UFPR