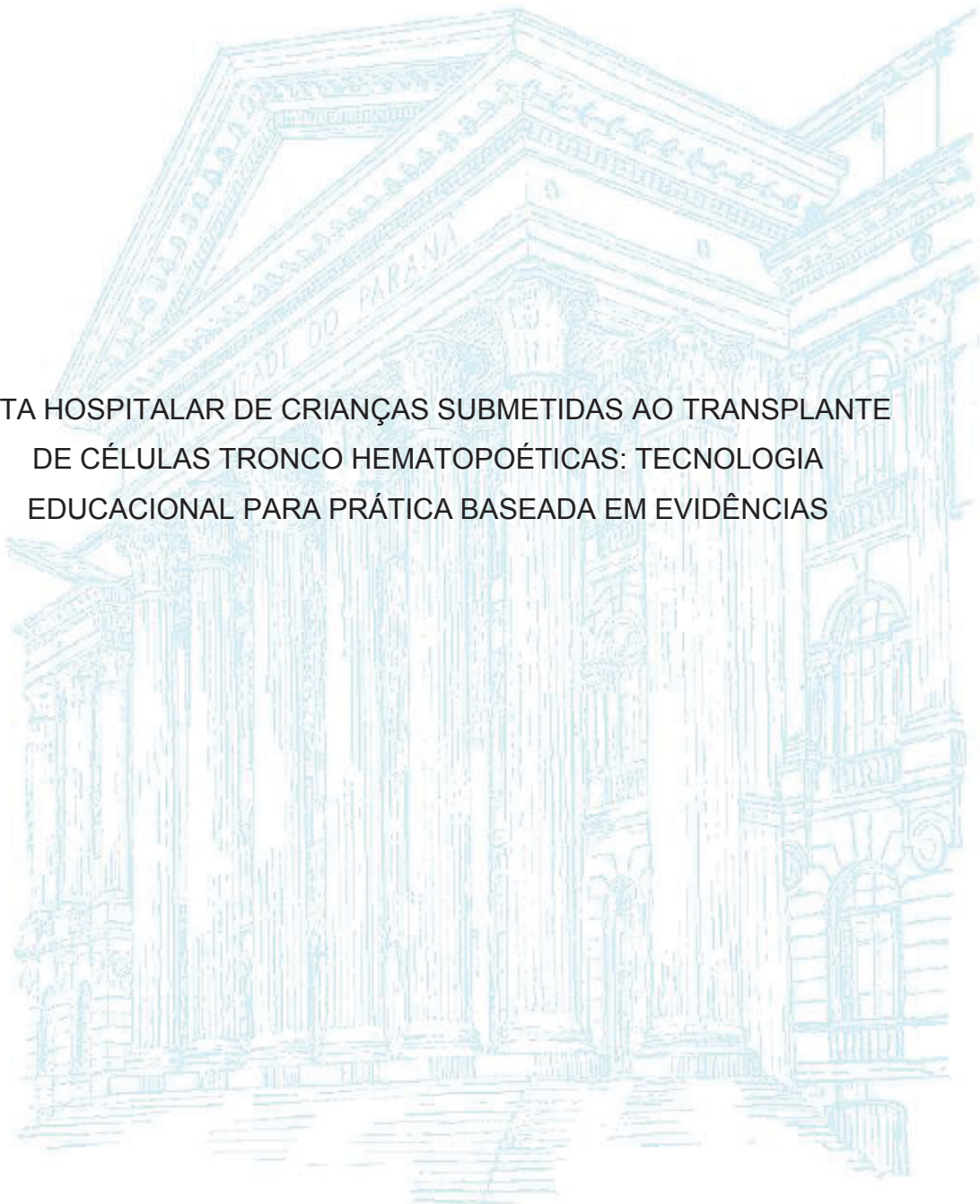


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ANA PAULA BATISTELA



ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRANSPLANTE
DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS: TECNOLOGIA
EDUCACIONAL PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

CURITIBA

2018

ANA PAULA BATISTELA

ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRANSPLANTE
DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS: TECNOLOGIA
EDUCACIONAL PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof. Dra. Márcia Helena de Souza Freire

CURITIBA

2018

Batistela, Ana Paula

Alta hospitalar de crianças submetidas ao transplante de células tronco hematopoéticas: tecnologia educacional para prática baseada em evidências [recurso eletrônico] / Ana Paula Batistela – Curitiba, 2018.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2018.
Orientador: Dr^a. Márcia Helena de Souza Freire

1. Enfermagem baseada em evidências. 2. Transplante de células-tronco hematopoéticas. 3. Enfermagem Pediátrica. I. Freire, Márcia Helena de Souza. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 618.9200231



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **ANA PAULA BATISTELA** intitulada: **ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TRANSPLANTE DE CÉLULAS TROCO HEMATOPOÉTICAS: TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 28 de Junho de 2018.

MÁRCIA HELENA DE SOUZA FREIRE

Presidente da Banca Examinadora (UFPR)

IVETE PALMIRA SANSON ZAGONEL

Avaliador Externo (FPP)

LETICIA PONTES

Avaliador Interno (UFPR)

Dedico esta Dissertação à minha família, meus amores Gabriel, Aquiles e Benjamin, as forças que me impulsionam sempre.

RESUMO

Esta pesquisa parte do pressuposto de que a *alta hospitalar*, entendida como a saída do hospital, é inquietante para os responsáveis pelo cuidado à criança durante o processo do TCTH. Considera-se que este processo exige a corresponsabilidade da família para a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar. Entretanto, ainda persistem incertezas, tanto para a família como para os profissionais de saúde, relativas à compreensão e adesão das orientações de educação em saúde, realizadas pela equipe multiprofissional e de enfermagem. O objetivo foi desenvolver tecnologia educacional aplicada aos profissionais de enfermagem, baseada em evidências científicas, para o subsídio das orientações de alta hospitalar das crianças submetidas ao TCTH. Trata-se de uma pesquisa exploratória, para identificar as práticas recomendadas com base em evidências científicas, oriundas de uma fonte secundária, da Plataforma do *The Joanna Briggs Institute* (JBI®). Foram selecionados seis Sumários de Evidências, sendo três especificamente direcionados ao paciente transplantado: 1. “Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta”; 2. “Doença do Enxerto versus Hospedeiro: Transplante de Células Tronco Hematopoéticas” e 3. “Pacientes Imunocomprometidos: Flores e Plantas”. Uma evidência específica para o cuidado à criança hospitalizada: 4. “Pediatria: Cuidado centrado na família”, e duas com temas comuns à várias áreas temáticas da saúde: 5. “Instituição de Saúde: Alta do Paciente” e 6. “Higiene do Paciente: Gerenciamento”. Após repetidas leituras, com processo de análise reflexiva-exploratória do conteúdo dos Sumários de Evidências, procedeu-se pela opção e recorte das práticas indicadas. As práticas recomendadas foram utilizadas integralmente, preservando a fidedignidade às publicações do JBI®. As evidências específicas para aplicação em TCTH, possibilitam aos profissionais, a visibilidade de temas ainda não explorados para o desenvolvimento de pesquisas nas diversas áreas do transplante. No contributo da PBE para a alta hospitalar pós-TCTH são observadas lacunas em temas de extrema importância para profissionais e pacientes: cuidados alimentares; controle e higiene do ambiente doméstico; cuidados de saúde preventivos (o uso correto de medicações, vacinas, máscara de precaução de contato, isolamento social, convívio e contato pessoal e, com animais domésticos). Como limitador deste estudo, verificou-se a inóxia de evidências científicas para subsidiar a alta da criança após TCTH e assim, se fez necessária a adaptação pediátrica do conteúdo das evidências. Com o material reitera-se a contínua necessidade do apoio familiar, mediante o cuidado de saúde centrado na família/criança e, implementação do cuidado específico, reconhecendo seus pontos fortes e, cientes das barreiras e desafios que se apresentarão na adaptação às situações e conformidades; demonstrou-se que as orientações deverão ser personalizadas, permitindo a sua aplicação ajustada às possibilidades de cada criança/família/responsável cumpri-las ou aderi-las, com atenção especial às complicações pós-TCTH. Dentre essas, a principal complicação é a Doença Enxerto contra Hospedeiro (DECH) que contribui para aumentar as complicações à longo prazo nos sobreviventes de transplante pediátrico.

Palavras-chave: Transplante de células-tronco hematopoéticas. Enfermagem baseada em evidências. Enfermagem Pediátrica.

ABSTRACT

This research assumes that the hospital understood as the hospital discharge, is unsettling for those responsible for the care of children during the process of HSCT. It is considered that this phase requires the co-responsibility of the family for the continuity of care in the home environment, however, there are still uncertainties, both for the family and for health professionals, regarding the understanding and adherence of health education guidelines, performed by the multiprofessional and nursing team. With the objective of developing educational technology applied to nursing professionals, based on scientific evidence, to subsidize hospital discharge guidelines for children undergoing HSCT, it was decided to develop an exploratory research and identify recommended practices based on scientific evidence, from a secondary source, from *The Joanna Briggs Institute Plataform* (JBI®). Six Evidence Summaries were selected, three specifically targeted to the transplanted patient: "Hematopoietic stem cell transplantation: High"; "Graft versus Host Disease: Hematopoietic Stem Cell Transplantation" and "Immunocompromised Patients: Flowers and Plants". Specific evidence for care of hospitalized children: "Pediatrics: Family-centered care", and two with themes common to various health areas: "Health Institution: Patient's High" and "Patient's Hygiene: Management". After repeated readings, with a process of exploratory-reflective analysis of the contents of the summaries of evidence, we opted for the cut of the practices offered. The best practices were used, preserving the reliability of JBI® publications. The results of the specific evidences for application in HSCT allow the professionals the visibility of subjects not yet explored for the development of research in the different areas of the transplant. In the contribution of PBE to hospital discharge after HSCT, there are gaps in issues of extreme importance for professionals and patients, such as: food care, home health control and hygiene, preventive health care (correct use of medications, vaccines, use of contact precaution mask, social isolation, socializing and personal contact with domestic animals). As a limitation of this study, it was verified the inopia of scientific evidence, to subsidize the discharge of the child after HSCT and thus, made it necessary to readaptate content of evidence for pediatrics. Faced with the evidence, it was reiterated the need for continuous family support, through family / child centered health care and the implementation of care in each situation, recognizing their strengths, but also aware of the barriers and challenges that will situations and conformities, as well as, it has been shown that the guidelines should always be personalized, allowing their application adjusted to the possibilities of each child / family / responsible to comply with them or adhere to them, with special attention to post-HSCT complications, among they are the main complication of transplantation, Graft versus Host Disease (GVHD), which when present, contributes to increase long-term complications in pediatric transplant survivors.

Key words: Hematopoietic stem cell transplantation. Evidence-based nursing. Pediatric Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	ELEMENTOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE BASEADOS EM EVIDÊNCIAS (PBE).....	27
FIGURA 2:	NOVO MODELO JBI CUIDADOS DE SAÚDE BASEADOS EM EVIDÊNCIAS, ADOTADO DESDE 2014.....	41
QUADRO 1	QUADRO 1: GRAUS DE RECOMENDAÇÃO JBI®.....	45
FIGURA 3	LAYOUT DA TELA DE ACESSO FERRAMENTA JBI CONNECT+.....	46
FIGURA 4	LAYOUT DA TELA DE ACESSO, RECURSOS JBI CONNECT+.....	47
QUADRO 2	ÁREAS TEMÁTICAS PARA PESQUISA NA PLATAFORMA JBI®, CURITIBA, PARANÁ.....	48
FIGURA 5	RESULTADOS SEGUNDO OS DESCRITORES MeSH®.....	53
FIGURA 6	RESULTADOS COMPLEMENTARES.....	54
QUADRO 3	QUADRO 3: DISTRIBUIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES IDENTIFICADAS, DUPLICADAS E SELECIONADAS DA PLATAFORMA JBI®.....	55
QUADRO 4	CARACTERIZAÇÃO DOS SUMÁRIOS DE EVIDÊNCIAS JBI®	57
QUADRO 5	ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “PEDIATRIA: CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA”	61
QUADRO 6	ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: ALTA DO PACIENTE”.....	66
QUADRO 7	ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS: ALTA.....	70
QUADRO 8	ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “HIGIENE PACIENTE: GESTÃO.....	74
QUADRO 9	ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO: TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS”.....	77
QUADRO 10	ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS: FLORES E PLANTAS.....	80
QUADRO 11	CARACTERIZAÇÃO DE JBI® PRÁTICAS RECOMENDADAS SELECIONADAS.....	82
QUADRO 12	ANÁLISE JBI® PRÁTICA RECOMENDADA “DOENÇA DO ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO: CUIDADOS DE SUPORTE”.....	83
QUADRO 13	ANÁLISE JBI® PRÁTICA RECOMENDADA “DOENÇA DO ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO: CUIDADOS DE SUPORTE”.....	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AF	Anemia de Fanconi
AP	Aparentado
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CHC	Complexo Hospital de Clínicas
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CMV	Citomegalovírus
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ConNECT	<i>Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics)</i>
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTH	Células Tronco Hematopoéticas
DECH	Doença do Enxerto Contra Hospedeiro
EBMT	Sociedade Europeia de Transplante de Sangue e Medula Óssea
EBV	Vírus Epstein Baar
FAME	<i>Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness</i>
G-CSF	Fatores estimuladores de colônias de granulócitos
GRADE	<i>Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation</i>
HAPLO	Haploidêntico
HLA	<i>Human Leukocyte Antigens</i>
JBI®	Joanna Briggs Institute
MDS	Mielodisplasia
MeSH®	<i>Medical Subject Headings®</i>
NAP	Não Aparentado
PBE	Práticas Baseadas em Evidências
PPGENF PROF	Pós-graduação em Enfermagem Profissional
PubMed	<i>National Library of Medicine</i>

RCTs	Estudos Controlados Randomizados
REDOME	Registro Brasileiro de Doadores Voluntários de Medula Óssea
RENACORD	Registro Nacional de Sangue de Cordão Umbilical
REREME	Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea
SCID	Imunodeficiência Combinada Grave
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library</i>
SCUP	Sangue de Cordão Umbilical e Placentário
SE	Sumário de Evidências
STMO	Serviço de Transplante de Medula Óssea
SUS	Sistema Único de Saúde
SWA	Síndrome Wiskott-Aldrich
TCTH	Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TIS	Tecnologia, Inovação e Saúde
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UTOH	Unidade de Transplante Oncologia e Hematologia
WBMT	<i>Worldwide Network of Blood and Marrow Transplantation</i>

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1. CONTEXTO TEMÁTICO ATUAL.....	13
1.2 JUSTIFICATIVA E ESPECIFICIDADE DO ESTUDO	18
2 OBJETIVOS	22
2.1 GERAL	22
2.2 ESPECÍFICOS	22
3 REVISÃO TEÓRICA	23
3.1 A ENFERMAGEM EM TCTH & A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O CONTRIBUTO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	23
3.1.1 Evidências científicas para a prática clínica	27
3.1.2 Tecnologia assistencial e em saúde.....	31
3.2 TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS EM PEDIATRIA	35
4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	42
4.1 METODOLOGIA DO INSTITUTO JOANNA BRIGGS® DE CUIDADO EM SAÚDE BASEADO EM EVIDÊNCIA	42
4.1.1 Qualidade metodológica dos estudos: níveis de evidência e graus de recomendação.....	44
4.1.2. Ferramenta JBI COnNECT+.....	47
4.1.3 Sumários de Evidências	50
4.1.4 As Práticas Recomendadas Baseadas em Evidências	51
4.2 TIPO DE PESQUISA.....	51
4.3 CENÁRIO DE APLICAÇÃO DA PESQUISA	52
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	53
4.5 FONTES DE DADOS	53
4.6 PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
5.1 EVIDÊNCIAS SELECIONADAS	57
5.1.2 Sumário de evidências “Pediatría: Cuidados Centrados na Família”... 62	
5.1.2 Sumário de evidências “Instituição de Saúde: Alta do Paciente”.	67
5.1.3 Sumário de evidências “Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta”	71
5.1.4 Sumário de evidências “Higiene Paciente: Gestão”	75
5.1.5 Sumário de evidências “Doença do Enxerto Contra Hospedeiro: Transplante de Células Tronco Hematopoéticas.....	78

5.1.6 Sumário de evidências “Pacientes Imunocomprometidos: Flores e Plantas	81
5.2 JBI PRÁTICAS RECOMENDADAS.....	83
6 DESENVOLVIMENTO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL	88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS.....	91
ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE	
ÉTICA E PESQUISA.....	101

1.INTRODUÇÃO

1.1. CONTEXTO TEMÁTICO ATUAL

O transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) tornou-se, nas últimas quatro décadas, alternativa de tratamento para um grupo crescente de doenças benignas e malignas. É recomendado para doenças oncohematológicas, genéticas e adquiridas em adultos e crianças, particularmente, para patologias em que não há um tratamento favorável ou efetivo em longo prazo (NIESS, 2013; VOSSSEN, 2010; VARGAS et al., 2005).

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA, 2012), atribui este fato à participação dos especialistas, das áreas de onco-hematologia, hemoterapia e transplantes, também no processo de regulação e de discussão das políticas a serem implementadas nesta área. Desde 2004, este cenário conta também com a participação de usuários e suas associações. Nesta perspectiva, direcionaram-se medidas que visavam maior transparência ao processo de exames e buscas de doadores, o aumento na oferta de leitos, e também, melhorias no banco de doadores nacionais.

Para viabilizar a meta de crescimento quantitativo dos transplantes ocorreram mudanças com a alocação de recursos humanos, financeiros e logísticos, o que permitiu a separação entre o Registro de Doadores de CTH (REDOME), o Registro de Receptores de Transplante Alogênico não-aparentado (REREME), e o Registro Nacional de Sangue de Cordão Umbilical (RENACORD). Em 2013, o REDOME configurava-se entre o terceiro maior banco de doadores voluntários do mundo, com mais de 3 milhões de registros, este banco reúne as informações genéticas e dados cadastrais dos doadores voluntários de medula óssea (INCA, 2012).

As dificuldades para encontrar doadores foram paulatinamente reduzidas. Em contrapartida, a ausência de hospitais credenciados e capacitados para a realização do Transplante Alogênico Não Aparentado (NAP), modalidade conhecidamente mais complexa, evidenciou a

necessidade de ampliação de centros transplantadores no Brasil (MORANDO et al., 2010).

Este tratamento altamente especializado possui unidades concentradas nas regiões de maior desenvolvimento econômico e social, evidenciando disparidades para o atendimento às demandas das populações de algumas regiões, as quais devem ser supridas pela Central Nacional de Transplantes, a saber: Norte, onde a oferta deste procedimento ainda é ausente; Centro-Oeste, com um centro; e Nordeste, com três hospitais credenciados para esta modalidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS - ABTO, 2015).

Destarte os atendimentos frequentemente ocorrem em outras regiões do país. No entanto, oneram o sistema público com custos adicionais de mobilização e manutenção do paciente e cuidadores, além dos procedimentos e leito hospitalar, e assim há necessidade de subsídios de apoio social e financeiro às famílias (BARBOSA et al., 2014), sobretudo quando estão envolvidas pacientes pediátricos.

Por ocasião do I Encontro de Diretrizes Brasileiras em Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, em 2009, um grupo de hematologistas e oncologistas com experiência em pediatria, sugeriu recomendações e indicações específicas para TCTH em pediatria, considerando a população e o cenário brasileiro apresentado. O Consenso recomendou que crianças devam ser cuidadas por profissionais e em centros com experiência em pediatria, e a indicação do TCTH para cada paciente deve ser feita de maneira específica, após criteriosa avaliação das características da doença, resposta ao tratamento, análise dos doadores disponíveis e, do risco do procedimento para cada criança (SEBER et al., 2009).

O Serviço de Transplante de Medula Óssea do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (STMO-CHC/UFPR), cenário de aplicabilidade desta pesquisa, está incluso nacionalmente dentre os Hospitais categorizados como Tipo III¹, nas normas específicas da Portaria nº 931, de

¹ É um programa de vertente social, normatizado pelo Ministério da Saúde mediante a Portaria SAS nº 055, de 24 de fevereiro de 1999, que tem por objetivo garantir o acesso de pacientes moradores de um município a serviços assistenciais em outro município, ou ainda, de um Estado para outro Estado da Federação.

02 de maio de 2006. Assim, possui estrutura e equipe técnica definidas de serviço de transplante destinado aos TCTH autólogos e alogênicos aparentados e não-aparentados. A mesma Portaria aprova e regulamenta tecnicamente o Hospital-Dia para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas, também disponível no CHC/UFPR, para acompanhamento dos pacientes adultos e pediátricos após realização do TCTH e alta hospitalar (BRASIL, 2006).

Nesta lógica de credenciamento dos hospitais, há recomendações legais para cada centro transplantador e considera-se ainda, os leitos disponíveis nos centros de excelência para tratamento de doenças específicas prevendo o encaminhamento de crianças como uma prática médica importante para TCTH. O Programa de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), conforme indicação médica, é concedido aos pacientes e ampliado aos acompanhantes, quando atendidos na rede pública ou referenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Auxilia no encaminhamento da criança para o centro de referência, e envolve a garantia de transporte, hospedagem e ajuda de custo para alimentação (BRASIL, 1999).

Na ocorrência da alta do STMO as famílias poderão retornar à cidade de origem, mantendo cuidados de saúde rigorosos. Devem ser evitados para a criança transplantada, a exposição à riscos potenciais para infecções, complicações clínicas relacionadas ao tratamento, novas hospitalizações e, necessidades de procedimentos médicos invasivos. Mormente, o risco de quadros clínicos graves, pois poderão comprometer à enxertia da medula transplantada e, conseqüentemente, o tratamento como um todo.

É nesta fase que há maior ocorrência de morbidades, como febre, complicações gastrointestinais, alterações nutricionais, infecções e Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH). Estas, necessitam com frequência de readmissões hospitalares por complicações graves, e representam risco de morte, afetam emocionalmente e fisicamente os pacientes e os profissionais, devido a intensificação da atenção diferenciada que é dispensada diariamente no processo de trabalho (RODRIGUES, 2015; BARBOSA et al., 2014).

De maneira que, todo o esforço deve ser envidado para evitar estas situações. Os cuidados que são evidentes na prática clínica e preponderantes para a continuidade do processo de transplante, demandam para pais/cuidadores a adequação de hábitos de saúde essenciais para o sucesso do TCTH (MAZZA et al., 2016)

Estudos pediátricos realizados por Shulman et al., (2015) e Jaing et al., (2008) apontaram a fragilidade do transplante em doenças malignas, com taxas de readmissões e mortalidade relacionadas à recaídas leucêmicas, e principalmente à infecções e problemas nutricionais. Observam-se que as complicações decorrentes do procedimento são de gravidades variáveis e diretamente proporcionais à elevação dos custos do tratamento, pois quanto maior a gravidade, maior o uso de tecnologia, insumos, medicamentos, e horas trabalhadas da equipe multiprofissional (BARBOSA et al., 2014),

Anders (2004), considerou que deva haver um acompanhamento em todas as fases do tratamento para auxiliar as famílias em suas dúvidas, indagações e inquietações. A equipe de enfermagem pediátrica e de transplante deve estar apta a identificar as necessidades dessas famílias, atuando em prol da aproximação da família, e no manejo das dificuldades. Deve-se planejar a assistência com foco não apenas no paciente, mas em todo núcleo familiar, otimizando o cuidado principalmente no âmbito extra hospitalar (MENDES; BOUSSO, 2006; MAZZA et al., 2016).

O papel que é unicamente dos Enfermeiros, por estar presente com os pacientes 24 horas por dia durante o tratamento, e nos períodos anteriores e posteriores do tratamento, possibilita a este profissional o manejo dos cuidados, percorrendo e agindo nas múltiplas fases deste processo, com respeito às variantes clínicas e psicológicas da criança e seus familiares (ANDERS, 2004; SILVEIRA; GALVÃO, 2005; BOSCHI; KALINKE; CAMARGO, 2007; LACERDA; LIMA; BARBOSA, 2007; FLIEDNER, 2018).

O STMO-CHC/UFPR desde sua criação, em 1979, já atendeu aproximadamente 2.300 pacientes que foram submetidos ao TCTH. Este serviço é considerado referência mundial em transplante para o diagnóstico Anemia de Fanconi, uma síndrome rara de falência medular genética (UFPR, 2014)

Pesquisa realizada por Rodrigues (2015), caracterizou o perfil social, demográfico e clínico de crianças atendidas no STMO-CHC/UFPR, no período de 2009 a 2013. Mediante análise de 138 prontuários apontou que 51% dos TCTH realizados foram por síndromes de falência medular, destes, evidenciou-se que 30,4% foram para o diagnóstico de Anemia de Fanconi. Pode evidenciar que, as doenças hematológicas malignas se constituem como a segunda classe de diagnósticos mais prevalentes (26,6%), seguidas por imunodeficiências (17,3%), erros inatos do metabolismo (4,4%) e, hemoglobinopatias (0,7%). Ressalta ainda, que 63,8% das crianças procediam de outros estados brasileiros, e o percentual mais representativo eram da região Nordeste (31,8%).

Os resultados de Rodrigues (2015) confirmam que a criança e os familiares atendidos neste centro transplantador, vivenciam novas experiências relacionadas ao tratamento. São situações desafiadoras que exigem de muitas famílias, mudanças de residência, cidade, estado, para a concretização do tratamento. Ademais, os regimes de terapêutica complexos durante todo o transplante, bem como, a contínua monitorização da criança sobrepõe aos pais/cuidadores o desenvolvimento de habilidades específicas para realizar o cuidado adequado à criança, concomitante às suas outras responsabilidades, inclusive à familiar (SANDERS; LIMA; ROCHA; 2005).

Esta pesquisa parte do pressuposto de que a *alta hospitalar* entendida como a saída do hospital, é inquietante, pois apresenta-se com maiores dificuldades para os responsáveis pelo cuidado à criança durante o processo do transplante. Considera-se que esta fase exige a corresponsabilidade da família para a continuidade do cuidado no ambiente domiciliar, entretanto, ainda persistem incertezas, tanto para a família, como também para os profissionais de saúde, relativas à compreensão e adesão das orientações realizadas.

A alta hospitalar deve se desenvolver processualmente, com o esclarecimento das necessidades diárias da criança e seu pais/cuidadores durante a adaptação à nova condição de saúde, e assim, gradualmente pode proporcionar maior conforto e segurança, o que beneficiará a criança, sua família e bem como, a equipe de saúde.

1.2 JUSTIFICATIVA E ESPECIFICIDADE DO ESTUDO

Esta dissertação compreende uma pesquisa cujo tema é o cuidado com base nas evidências científicas, no período pós-hospitalar, ou seja, após a alta hospitalar com saída das crianças submetidas ao TCTH do ambiente resguardado tecnicamente para o cuidado. Foi desenvolvida na Linha de Pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, do Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional, da Universidade Federal do Paraná (PPGENFPROF/UFPR), e no Grupo de Pesquisa Tecnologia, Inovação e Saúde (TIS).

O interesse da pesquisadora para o desenvolvimento deste estudo científico decorreu de sua vivência profissional mediante a observação e inquietação frente as dificuldades apresentadas com o cuidado à criança, por seus responsáveis, após a alta hospitalar do processo de TCTH. E também, considerando a problemática enfrentada pela equipe multiprofissional, sobretudo pela enfermagem, no processo de preparo da alta hospitalar.

Assim, como Enfermeira Assistencial em STMO ao acompanhar as inquietações da equipe, os sentimentos dos familiares e os quadros de readmissões hospitalares de crianças pós-transplantadas, com diversas morbidades, complicações e eventuais desfechos insatisfatórios, instigui questionamentos profissionais na perspectiva de qualificar o preparo familiar.

Nesta instituição, atualmente as orientações oferecidas pelo serviço estão sistematizadas em uma caderneta denominada “Guiando Passos”, que foi elaborada por integrantes da equipe multiprofissional. A caderneta contém orientações para o período pré, trans e pós-TCTH, o material contempla: cuidados alimentares, com higiene e hidratação corporal, bem como, com a higiene do ambiente doméstico (limpeza da casa, utensílios e roupas); cuidados de saúde preventivos, como o uso correto de medicações, higiene das mãos, exposição solar, vacinas, uso de máscara de precaução e isolamento social, convívio e contato pessoal (HC/UFPR, 2013)

Por tratar-se de caderneta multiprofissional, contempla temas abrangentes e prevê a necessidade de atualizações constantes. Contudo, existem dificuldades neste sentido, e para suprir as atualizações são

disponibilizadas complementações, por escrito ou verbais, por cada categoria profissional atuante no preparo da alta, principalmente as relacionadas à equipe de nutrição, enfermagem e farmácia.

Nas perspectivas da assistência integral ao paciente pediátrico transplantado e do aperfeiçoamento profissional da Enfermeira, desafiador pela inóxia de evidências científicas aplicadas às práticas fortemente baseadas em treinamentos internacionais realizados durante implantação do serviço na década de 80, e ainda com insuficientes evidências, foi delineada esta pesquisa.

Para tanto, buscaram-se evidências científicas correlatas as orientações para cuidados em saúde das crianças submetidas ao TCTH após a alta hospitalar, objetivando o processo de adaptação à nova condição de saúde.

De acordo com Araújo (2014) a evidência científica deve orientar a prestação de cuidados, traduzindo-se como o pilar inerente à prática diária dos enfermeiros, e permitindo consonância de orientações para assistência da enfermagem. Assim, aplicada aos pacientes transplantados, este aspecto deve alertar a consciência crítica de todos os enfermeiros para a importância de questionar as suas práticas, de forma a procurar a melhor evidência científica disponível, e traduzi-la aos familiares responsáveis para viabilizar a adesão.

Optou-se por desenvolver a pesquisa exploratória para identificação das práticas recomendadas com base em evidências científicas, e para que fossem oriundas de uma fonte secundária, ou seja, da Plataforma do *The Joanna Briggs Institute* (JBI®). Esta organização internacional de investigação, pesquisa e desenvolvimento, sem fins lucrativos, sediada na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Adelaide, na Austrália, tem acesso restrito mediante uma plataforma *on-line* e, está disponível nas línguas inglesa e espanhola.

O JBI® apresenta metodologia especializada na Prática Baseada em Evidências (PBE) para a enfermagem e demais áreas da saúde ou afins. Seu principal objetivo é identificar e viabilizar oportunamente os resultados de pesquisas úteis e eficazes às práticas e cuidados de saúde. O JBI® é um

facilitador entre os centros internacionais, grupos de profissionais e especialistas. Lidera a produção, disseminação e provisão das melhores evidências científicas, para subsidiar decisões clínicas, pelos profissionais de saúde, fundamentada nas especificidades e peculiaridades do atendimento (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017).

O Instituto colabora internacionalmente com mais de 70 instituições globais, localizados na Ásia, Europa, América e Austrália. No Brasil, a primeira entidade colaboradora do JBI é o **Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Afiliado do Instituto Joanna Briggs (JBI – Brasil)**, está sediado na Universidade de São Paulo. Este representa esforço coordenado da Escola de Enfermagem e do Hospital Universitário na mesma universidade, para promover o cuidado à saúde baseado em evidências agregando os profissionais atuantes em pesquisa, ensino, assistência e gestão (CENTRO BRASILEIRO PARA O CUIDADO À SAÚDE INFORMADO POR EVIDÊNCIAS, 2018).

Para especialidades com pesquisas científicas para a enfermagem escassa, como o TCTH, há ainda a necessidade de desenvolvimento de pesquisas por publicações científicas amplas e variadas, em um banco de dados semelhante ao ofertado pela plataforma JBI®, o qual permite o acesso às evidências sumarizadas para embasar a prática. E também, é necessária a valorização do desenvolvimento de pesquisas científicas que subsidiem amplamente a prestação de cuidados em enfermagem em TCTH, de maneira a suprir lacunas persistentes.

Por conseguinte, devido se ter como cenário um serviço com reconhecimento mundial, devido sua cientificidade e vasta experiência é buscada maior visibilidade da Enfermagem. Sob esta ótica há a ponderação de que pesquisas são advindas da necessidade ainda presente de conhecimento dos profissionais, para o desenvolvimento oportuno da educação em saúde. As pesquisas são incluídas no rol de competências da Enfermeira atuante em transplante, pois planeja e implementa ações para reduzir riscos e potencializar os resultados do TCTH. Assim, esta pesquisa foi estruturada sob a ótica de um projeto de aplicabilidade, junto ao Programa de Mestrado Profissional, apoiado nas práticas clínicas baseadas em evidências

científicas, nas habilidades, nos desafios e, na ampla vivência das Enfermeiras que as desenvolvem. Seguramente, poderá contribuir com a prática profissional do Enfermeiro que atua em TCTH.

Frente a este desenvolvimento contextual emergiu a questão deste estudo, a saber: *Como subsidiar a equipe de enfermagem atuante em Serviço de Transplante de Medula Óssea, com base em evidências científicas, para o processo de preparo da alta de crianças submetidas ao TCTH?*

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Desenvolver tecnologia educacional, com base em evidências científicas, aplicável por profissionais de enfermagem, para o subsídio das orientações de alta hospitalar das crianças submetidas ao TCTH.

2.2 ESPECÍFICOS

2.2.1 Identificar as melhores Práticas Baseadas em Evidências relativas ao cuidado pós-hospitalar de crianças submetidas ao TCTH na plataforma JBI[®].

2.2.2 Analisar seletivamente as Práticas Baseadas em Evidências para qualificar o conhecimento clínico dos profissionais de enfermagem e, conseqüentemente o preparo familiar para os cuidados extra-hospitalares.

3 REVISÃO TEÓRICA

Neste capítulo desenvolveu-se aprofundamento teórico do cuidado pós-hospitalar de crianças submetidas ao TCTH, com base nas evidências científicas. Esta revisão narrativa apresenta dois sub-capítulos: 1) exploram-se as perspectivas da Enfermagem em TCTH, suas competências e desafios para educação em saúde, e o contributo da prática baseada em evidências científicas na clínica; 2) desenvolve-se sobre o Transplante de Células Tronco Hematopoéticas em pediatria, o panorama de indicação de TCTH para crianças, e a indicação para o tratamento dos principais grupos de patologias pediátricas.

Para tanto, foram realizadas buscas nas variadas fontes de informação, a saber: livros-texto nacionais e internacionais das áreas de enfermagem e médica, os quais são referências na temática do TCTH e da enfermagem; artigos nas bases de dados - *National Library of Medicine* (PubMed), *The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de dados Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Eletronic Library (SciELO). Foram utilizados os descritores padronizados e os operadores booleanos para a busca, como: “Transplante de células-tronco hematopoéticas”, “Transplante de medula óssea”, “Enfermagem”, “Prática Baseada em Evidências”, “Alta do Paciente” e o descritor não padronizado “Orientação de Enfermagem”.

3.1 A ENFERMAGEM EM TCTH & A EDUCAÇÃO EM SAÚDE: O CONTRIBUTO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Desde o início, em 1960, quando o transplante de células-tronco foi introduzido na prática clínica, seu contínuo progresso reafirma que os enfermeiros desempenham um papel crucial na equipe multiprofissional que atendem aos receptores de transplantes e as famílias, submetidos a esse tratamento. Frente a diversidade, há inspiração e influências dinâmicas para que a enfermagem ouse ir além do convencional disposto em cada país (FLIEDNER, 2018)

A formação acadêmica especializada permitiu às Enfermeiras se integrarem à equipe multiprofissional com base nas práticas refletidas em evidências, comprovando-se como profissionais fundamentais para a continuidade dos cuidados, imprescindíveis na satisfação e confiança dos pacientes. Além de também assumir a responsabilidade de educar os pacientes antes do tratamento e, sobre quaisquer aspectos importantes para o sucesso do procedimento (FLIEDNER, 2018; ORTEGA et al., 2004)

Dentre as atribuições do enfermeiro assistencial na unidade de TCTH Lima e Bernardino (2014) demonstraram a diversidade de atividades de cuidado e de educação em saúde que o enfermeiro exerce em relação aos outros profissionais, com ênfase em sua permanência muito próxima aos pacientes.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 200 de 1997² regulamenta a atuação dos Profissionais de Enfermagem nos serviços de Hemoterapia e Transplante de Medula Óssea. E em seu Art. 5º dispõe as atribuições do Enfermeiro especificamente em TCTH e, dentre elas destacam-se aqui às relacionadas à educação em saúde como:

- [...] c) Planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem na assistência aos pacientes submetidos a transplante de medula óssea, em níveis hospitalar, ambulatorial e domiciliar.
- f). Promover a educação e a orientação de pacientes submetidos a transplante de medula óssea e de seus familiares.
- h). Planejar e implementar ações que visem a redução de riscos e a potencialização dos resultados em transplante de medula óssea.
- i). Integrar a família no cuidado, ensinar a família a cuidar de seu familiar, e cuidar da família nesta fase do TCTH [...]

Além das atividades compostas na regulamentação nacional vigente, Fliedner (2018) descreve os papéis implícitos e realizados cotidianamente pelo o grupo de enfermeiras da Sociedade Europeia de Transplante de Sangue e Medula Óssea (EBMT), e destaca:

² Resolução revogada pelas revoluções COFEN 0206/2006 e 0511/2016, no entanto, não altera atribuições do Enfermeiro em TCTH, apenas em Hemoterapia.

- **Coordenadora ou Comunicadora** de procedimentos e atividades de cuidados dentro do contexto interprofissional antes, durante e após o transplante. Assim, aplicável na realidade brasileira, pois no atendimento ambulatorial de TCTH, o enfermeiro assiste o paciente no período que antecede a hospitalização (pré-TCTH), o que inclui organizar todos os testes de diagnóstico e exames necessários antes do transplante. E ainda, por vezes, são responsáveis também pelo doador e sua saúde, incluindo questões relativas à doação de células tronco e suas consequências.

- Como **Cuidadora ou Técnica**, que se utiliza diariamente de dispositivos de acesso venoso central para administração de drogas quimioterápicas, imunossupressoras, de controle de sintomas, nutrição parenteral, transfusão de hemocomponentes e hemoderivados. Durante a hospitalização, este profissional presta cuidados relacionados: ao condicionamento (profilaxia bacteriana, viral e fúngica; altas doses de quimioterapia e/ou radioterapia); transplante propriamente dito (dia 0 - zero-, infusão da CTH); fase da aplasia medula; fase de recuperação do enxerto; até a alta da unidade de internação (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009).

- Concomitante a prática clínica assistencial, demonstra-se com **Apoiadora Social ou Motivadora**, demanda que advém da necessidade dos pacientes relacionadas ao sofrimento intenso do tratamento antes do TCTH, durante o isolamento, na fase de recuperação e no tempo decorrente da recuperação a longo prazo.

- O papel da Enfermeira como **Preparadora ou Educadora para pós-TCTH** é relevante na organização do processo, no envolvimento de muitos profissionais e especialidades, para que o cuidado tenha um ponto de coordenação. Isto permite a programação do tratamento ambulatorial, e o reforço de orientações para o paciente e familiares. Considera-se que a linguagem médica é de difícil compreensão pelos leigos e, portanto, os enfermeiros desempenham um papel importante na tradução do significado e das consequências para os pacientes e suas famílias.

O período de internação é estimado em aproximadamente 30 dias, todavia o paciente permanece em média de 100 dias após o transplante em acompanhamento ambulatorial. Inicialmente este se desenvolve com atendimento diário em Hospital-Dia. Após, passam a acontecer visitas semanais ao ambulatório, até os momentos de retirada do acesso venoso central ou que o estado clínico da criança esteja compatível com a alta hospitalar definitiva.

Portanto, nos primeiros anos pós-TCTH acontecem retornos programados para avaliação clínica, laboratorial e das complicações decorrentes do tratamento, conforme a necessidade de cada paciente. Para Fliedner (2018) identificar recursos úteis para o paciente e desenvolver os serviços pós-TCTH é a garantia de que o cuidado possa atender às necessidades e preocupações dos pacientes, possibilitando formas criativas de trabalhar e fornecer cuidados clínicos e de suporte adequados, inovando como profissional individual e como parte de uma equipe multidisciplinar, realizando pesquisas de sobrevivência a longo prazo.

Para a instrumentalização do trabalho, no desempenho do papel de **Preparadora ou Educadora para pós-TCTH**, os pesquisadores como Cooke, Grant e Gemmill (2012) e Fliedner (2018) concordaram que a equipe de enfermagem dos centros transplantadores desenvolveram folhetos ou brochuras informativas que apoiam as atividades educativas, além de preparar os pacientes no período pré-transplante. Com o intuito de ajudá-los nas fases de tratamento, orientá-los para a alta, e para o tempo que permanecerão em suas casas. Neste processo, a Enfermeira tem a oportunidade de desempenhar um papel proeminente, pois precisam ser tratadas as questões do dia-a-dia do cuidado.

Fliedner (2018), Ortega, Stelmachuk e Cristoff (2009), afirmaram que as enfermeiras em TCTH precisarão: entender os desafios e moldar o futuro cuidado, e torná-lo mais visível, deixando bem evidenciado o que a enfermagem pode oferecer. Consideram que as ações que precedem o TCTH e as complicações que o sucedem, são de alta complexidade e requerem atuação contínua do enfermeiro. Para cuidar de pacientes e familiares, é imprescindível: adquirir conhecimento científico, capacitar-se para assistir o

paciente em cada fase; prestar assistência humanizada, de qualidade, e sistematizada; identificar as intercorrências clínicas próprias de cada período; e, intervir adequadamente, para contribuir com o resultado positivo do TCTH.

Assim, desenvolver o conhecimento, as habilidades e a perícia para melhorar um cuidado é estar alerta para quaisquer mudanças no tratamento, que possam influenciar diretamente neste cuidado. E ainda, no ambiente de cuidado de TCTH, considerado complexo, é desafiador compreender essas mudanças e, apoiar o desenvolvimento do cuidado.

Diferentes autores destacam a complexidade do TCTH, como um tratamento especializado, de alto risco e oneroso ao paciente e aos serviços de saúde. Especificidades que reforçam a necessidade de se primar pela qualidade da assistência de enfermagem prestada, é indispensável para a concretização e sucesso de todo o processo de TCTH. (ANDERS, 2004; SILVEIRA; GALVÃO, 2005; BOSCHI; KALINKE; CAMARGO, 2007; LACERDA; LIMA; BARBOSA, 2007).

Por fim, é na prática clínica que a enfermeira alcança a *expertise* necessária para subsidiar a melhor prática profissional em unidade altamente especializada, mediante o desenvolvimento da confiança e da competência, com conhecimentos e domínio de habilidades necessárias a uma prática segura. Assim os enfermeiros se tornam interessados em enfrentar novos desafios e, usam seu conhecimento e habilidades para manter um ambiente de trabalho que apoie e respeite as práticas de enfermagem (LACERDA, LIMA, BARBOSA, 2007; LIMA, BERNARDINO, 2014).

3.1.1 Evidências científicas para a prática clínica

O desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, bem como, as evidências científicas, são potenciais agentes transformadores da prática clínica da Enfermeira. Nesta perspectiva, a Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma estratégia que prevê a opção pelas melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem, e está em difusão e adoção pela enfermagem brasileira, à semelhança do cenário mundial. (PIMENTA et al., 2017)

Segundo The Joanna Briggs Institute (2017) o termo “Práticas Baseadas em Evidências”, em inglês “*Evidence-Based Health Care*” (EBHC), pode abranger expressões que frequentemente são usadas alternadamente como “*Medicina baseada em evidências*”, “*Prática de cuidados de saúde baseada em evidências*” e “*Prática clínica baseada em evidências*”.

Pimenta et al. (2017) e The Joanna Briggs Institute (2017) definem como evidências ou a “melhor evidência”, aquelas que atinjam determinados critérios de qualidade com validade interna e externa. São produções científicas geradas por pesquisas, clínicas ou não, de boa qualidade com envolvimento de pacientes reais, para orientar o profissional de saúde no processo de tomada de decisão. Essas, poderão substituir os tratamentos e condutas em utilização nos cenários específicos, por tratamentos mais precisos, eficaz e/ou seguro.

Pearson et al., (2005), Pimenta et al. (2017) e The Joanna Briggs Institute (2017) destacam que a PBE não é exclusiva como a melhor evidência disponível, mas a propõem como apoio para a tomada de decisão do cuidado tenha como base a literatura científica de boa qualidade. Não obstante, os mesmos, reforçam como desejável a integração da PBE à experiência clínica do profissional e, às preferências do paciente. E ainda, destacam que se deve considerar a aplicabilidade das evidências à luz dos recursos disponíveis na instituição. As evidências não devem ser alienadas das condições reais, deverão ser analisadas as vantagens e desvantagens, bem como o custo-benefício das mudanças. Isto devido às implicações dos recursos e, geração de custos potenciais da intervenção, mediante as decisões de saúde.

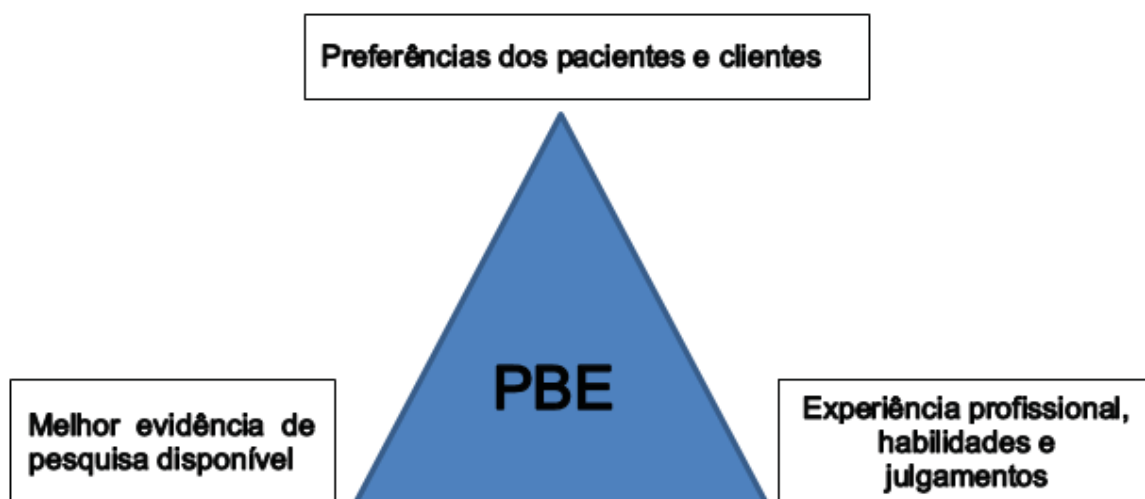
Há reconhecimento por parte dos autores da possibilidade de que a escolha do paciente e a experiência clínica, possam justificar a tomada de decisão por ajustes ou não nas práticas com base nas evidências (PEARSON et al., 2005; PIMENTA et al., 2017; THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017)

A experiência clínica individual é traduzida no uso de habilidades clínicas e de julgamentos, indispensáveis para determinar se a evidência é aplicável ao paciente e de que maneira o será. Com isto, se decide pela relevância da mesma segundo a peculiaridade do paciente, prevalecendo a experiência clínica do profissional de saúde. Já os valores e expectativas do

paciente determinarão sua escolha ou preferência, e desempenham papel central na determinação das intervenções que serão aplicadas. (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017)

A Figura 1 demonstra a interrelação das três áreas em discussão. Os pacientes/clientes que se constituem na razão da atenção em saúde, ficam no topo da pirâmide, mas, devem estar capacitados para suas escolhas informadas. Este fato pode requerer para além da educação em saúde, um processo elucidativo sobre as melhores práticas (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017)

FIGURA 1: ELEMENTOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE BASEADOS EM EVIDÊNCIAS (PBE)



Fonte: Adaptado THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017

Alguns dos desafios para a atuação dos enfermeiros em TCTH são as dificuldades para sumarizar as informações das melhores práticas disponíveis na literatura mundial, e readequa-las à necessidade local. Para que considerem as características regionais, assegurem a padronização dos dados e reduzam a variabilidade de cuidados de enfermagem em diferentes contextos de transplantes, e assim, possibilitem dados de alta qualidade que, em pesquisas, sejam comparáveis (FLIEDNER, 2018).

Landier et al., (2016) reiteram que a escassez de evidências em Enfermagem dificulta o apoio em abordagem baseada nas mesmas para a educação do paciente/família em oncologia pediátrica, bem como, o

desenvolvimento de padrões baseados em evidências para apoiar a prática entre as instituições. Os mesmos autores destacam que a variabilidade na oferta de conteúdos de educação para pacientes, pode acarretar na redução da qualidade das informações oferecidas.

Pearson et al., (2005) apresentam as lacunas da vinculação de evidências para a prática clínica, ademais novos conhecimentos não são automaticamente subsídios para às mudanças organizacionais e de comportamento. Como *novos*, podem expor profissionais às práticas e riscos desnecessários, e ainda expor o paciente à nível de bem-estar inferior ao que se poderia ter, como os recursos sociais podem ser desperdiçados.

A PBE reconhece as dificuldades enfrentadas por profissionais ocupados em se manterem atualizados com uma literatura cada vez mais volumosa e, a importância de fornecer informações condensadas, reunidas com o desenvolvimento da revisão sistemática de evidências internacionais (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017).

Para Pearson et al. (2005), os cuidados de saúde baseados em evidências resultam de um processo contínuo que suscita interrogações, preocupações ou interesses, a partir da identificação das necessidades globais de cuidados de saúde, quer por técnicos ou por pacientes/clientes.

Segundo Fliedner (2018), a pesquisa em Enfermagem em TCTH apresenta evolução em áreas como seguimento a longo prazo após transplantes e, no gerenciamento de sintomas clínicos. Com o desenvolvimento dos serviços essenciais para o aprimoramento da prática, puderam ser ampliados os interesses pela sobrevivência dos receptores, bem como, em propostas que contribuam com a qualidade de vida destes e de seus familiares, durante o seguimento pós-TCTH. Não obstante, em pesquisas embasadas cientificamente, ressaltando a importância da pesquisa em enfermagem nesta área.

O conhecimento científico de enfermagem tem significativo potencial para melhorar resultados de saúde, e para avançar em tecnologias de cuidado inovadoras e, para tanto, é necessário acelerar a utilização dos resultados de pesquisa na prática e na formulação de intervenções de saúde (LOPES-JÚNIOR et al., 2015).

3.1.2 Tecnologia assistencial e em saúde

A palavra “tecnologia” tem origem no grego antigo, onde ‘tecno’ deriva de *techné*, que significa o saber fazer, e ‘logia’, que vem de *logos*, que pode ser interpretado como razão, discussão ou argumento. Sendo assim, significa a *razão do saber fazer*. Segundo Aurélio (2018), a palavra ‘tecnologia’ tem como definição ser a “Ciência cujo objeto é a aplicação do conhecimento técnico e científico para fins industriais e comerciais” (TECNOLOGIA, 2018, s/p).

Segundo alguns pesquisadores, a tecnologia é comumente entendida como sendo máquinas, equipamentos e aparelhos de ponta. Outros a consideram como ferramenta ou instrumento. Há ainda os que a consideram como sinônimo de técnica. Outrossim, a tecnologia é entendida como processo, compreendendo certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos, bem como, para a organização das relações humanas (LORENZETTI et al., 2012).

Já para Leopardi, Wedhausen e Nietzsche (2012) o contexto é que determinará a forma da tecnologia, como: ferramentas ou máquinas – para o trabalho como instrumentos; conhecimentos e área física – para fundamentar e racionalizar o trabalho; métodos e processos – que pode ser a manufatura, o método de cuidado ou pedagógico, bem como, o gerenciamento. Admitem que a denominação “tecnologia” representa uma sofisticação, mas que ao mesmo tempo pode ser banalizada: por resumi-la a procedimentos técnicos de operação e seu produto; aceitação da tecnologia somente como mercadoria; por admitir qualquer artefato ou produto para mediar o pensamento das pessoas e a ação, generalizando sua concepção; na compreensão de sua necessidade à vida humana, de maneira a com menor trabalho aumentar a produção de bens; e ainda por ser somente associada à informatização, robótica e cibernética.

Para Nietzsche (2000, p.52) a tecnologia é definida como:

O conjunto de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento metódico de conhecimentos/saberes, organizados e articulados para o emprego no processo de concepção, elaboração, planejamento, execução/operacionalização e manutenção de bens materiais e

simbólicos e serviços produzidos e controlados pelos seres humanos, com uma finalidade prática específica. Portanto, a tecnologia serve para gerar conhecimentos a serem socializados, para dominar processos e produtos e transformar a utilização empírica, de modo a torná-la científica.

Segundo Martins (2008), a tecnologia tem três 'camadas' de significado: 1. *a de objetos físicos*, tais como instrumentos, maquinário, matéria; 2. *a de uma forma de conhecimento*, é concebida para um objeto através de nosso conhecimento de como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo; e 3. *que compõe um conjunto complexo* de atividades humanas. Assim, deve ser compreendida como a *criação de um fenômeno*, pois transcende a simples definição de maquinário.

Destarte, o conceito de tecnologia não se limita apenas ao uso de equipamentos e máquinas, sem que envolva conhecimento técnico e científico, e a aplicação deste conhecimento através de sua transformação no uso de ferramentas, processos e instrumentos criados e/ou utilizados a partir deste conhecimento.

Tecnologia pode ser definida, de uma forma simples e genérica, como conhecimento aplicado. No caso da saúde, ela constitui as intervenções utilizadas para a promoção da saúde, como também previne, trata e cuida, de uma parte indispensável de todo sistema de saúde, incluindo medicamentos, procedimentos e suporte para a assistência do cliente/paciente. (SANTOS et al., 2016; BRASIL, 2016)

Nesta perspectiva, em 1997, Mehry et al., definiram as tecnologias na área da saúde em três categorias a saber: a) **Tecnologia dura**: representada pelo material concreto como equipamentos, mobiliário tipo permanente ou de consumo; b) **Tecnologia leve-dura**: incluindo os saberes estruturados representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, entre outras e; c) **Tecnologia leve**: como sendo o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde (MERHY et al., 1997). Estas três categorias estão estreitamente interligadas e fazem parte da prática do cuidado, incluindo o agir da Enfermagem.

Na atualidade, os investimentos em avanços tecnológicos e novas descobertas na área da saúde são eminentes e crescentes, em especial, para as tecnologias duras. São exemplos de campos de investimento e trabalho de milhares de técnicos e cientistas: novos medicamentos e vacinas, robôs cirúrgicos, prontuário eletrônico único nacional e integrado para acesso internacional, próteses, órteses, exoesqueletos, máquinas e equipamentos para diagnóstico e intervenção, informação e comunicação instantânea, implantes, transplantes e, inclusive, a produção artificial de células humanas (LORENZETTI, et al. 2012).

Vários autores apontam para o equilíbrio entre os aspectos que compõem a tecnologia e, os princípios de humanização do cuidado. Este equilíbrio poderá favorecer maior eficiência, eficácia, ética, impacto social, e melhor relação custo-benefício, culminando com a melhor qualidade da assistência (BARNARD et al., 2001; SABEZEVARI et al, 2015; BARRA et al., 2006; ALMEIDA, FÓFANO, 2016; MOURA et al., 2016). O termo *Tecnologia Assistencial* pode ser adotado para designar estas **iniciativas de equilíbrio** que impactam no cuidado de enfermagem, nos diversos cenários de desenvolvimento e de etapa do ciclo vital.

Como *Tecnologia em Saúde* incluem-se os medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, sistemas organizacionais, educacionais de informação e de suporte, bem como, programas e protocolos assistenciais, por meio dos quais a atenção e os cuidados com a saúde são prestados à população. Portanto, trata-se de todo conhecimento científico utilizado para promover a saúde, tratar doenças, prevenir a morte, e reabilitar o indivíduo e a população (LORENZETTI et al., 2012; GOODMAN, 2014).

Nietsche et al. (2017, p. 107-108) apresentam outra classificação de tecnologias, já divulgadas em produção das mesmas autoras, em 2005, a saber:

Tecnologia Educacional, considerada num conjunto sistemático de conhecimento científicos que tornem possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento, envolvendo todo o processo educacional formal e informal; *Tecnologia Assistencial*, que inclui a construção de um saber técnico-científico resultante de investigações, aplicações de teorias e da experiência do cotidiano dos profissionais e clientela, constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para a prestação de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões, o ser físico, o ser psíquico, o ser

espiritual, o ser social, o ser intelectual, o ser que pensa, sente, aspira, deseja, o ser que age, o ser de relações, o ser particular, o ser coletivo; e as *Tecnologias Gerenciais*, consideradas como um processo sistematizado e testado de ações teórico-práticas (planejamento, execução e avaliação), utilizadas no gerenciamento da assistência e dos serviços de saúde, para intervir no contexto da prática profissional, buscando a melhoria da sua qualidade (aplicação dos recursos humanos e materiais).

De maneira crescente a tecnologia tem gerado impacto significativo no processo de cuidar da enfermagem. O enfermeiro além de melhor assistir ao paciente, simultaneamente passa a dominar vários tipos de tecnologias. Segundo alguns autores, há a ressalva, de que o uso da tecnologia pode ser um fator de desumanização nos ambientes mais tecnologicamente intensos de cuidados (PEREIRA et al., 2012). Entretanto, MOURA et al. (2016) afirmam que a determinação do uso das tecnologias como humanas ou desumanas, é a maneira como são empregadas e os significados que são atribuídos a ela.

Isto devido o fato de o mau uso da tecnologia poder influenciar de maneira negativa o processo de cuidar, estabelecendo relações frias e distantes entre profissional e paciente, podendo limitar o cuidado a uma simples realização de técnicas. Assim, se volta para a existência do equilíbrio entre o uso de tecnologias assistenciais e o cuidado realizado pela enfermagem, possibilitando uma assistência de forma eficiente, humanizada, com mais qualidade, promovendo um bem-estar integral ao paciente e ao profissional (MOURA et al., 2016).

Diante do cuidado à saúde, é necessário o entendimento de que é necessário se responsabilizar pela qualidade da assistência que oferecemos, aplicando as opções de tecnologias que dispomos a serviço do usuário, em conhecimento e saber técnico. Para isto se pretende intensa atualização e a consideração de que a tecnologia assistencial em enfermagem está presente no processo de cuidar, na perspectiva de humanização com que é aplicada, e pode impactar em novas formas de organização do trabalho da enfermagem, otimizando a assistência (KOERICH, et al, 2006)

Neste desenvolvimento teórico entende-se que as práticas baseadas em evidências se constituem em tecnologias assistencial e educacional, pois com elas se pode obter as melhores práticas para o atendimento e educação em saúde, tanto para o indivíduo, família, sociedade e equipe de enfermagem.

3.2 TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICA EM PEDIATRIA

Para Fernandes (2013), as indicações de TCTH em pediatria se assemelham aos adultos, contudo as características dos transplantes em crianças possuem particularidades importantes. Isto devido ao fato de que para as crianças as neoplasias hematológicas apresentam maior chance de cura somente com quimioterapia, há maior número de indicações em doenças não malignas e comportamento diferente na metabolização de alguns agentes quimioterápicos, além do que, as complicações à longo prazo tem maior efeito, pois as crianças têm maior expectativa de vida.

TCTH é um tratamento cronológico, uma série que se inicia com um regime preparatório para receber as CTH, este é conhecido como condicionamento, é capaz de destruir as células doentes e a própria medula óssea, causando intensa imunossupressão, através do uso de quimioterapia, associada ou não à radioterapia. Após, no dia considerado e conhecido como o 'dia zero' (D-0) se realiza a etapa de infusão de CTH, que contém as células hematopoiéticas progenitoras que podem advir de diferentes fontes celulares. Estas irão se estabelecer no espaço vazio, físico e funcional produzido pelo condicionamento, até o período de recuperação medular denominado de enxertia, cujo o tempo médio é de 15 a 28 dias (MAJHAIL et al., 2012; ORTEGA et al., 2004).

Historicamente, nos anos 1960, as CTH foram coletadas a partir da medula óssea, posteriormente na década de 1980 desenvolveu-se a viabilidade destas células fora da medula óssea, no sangue periférico, com a utilização do fator estimulante de colônias de granulócitos (G-CSF). E na sequência, pela criopreservação³ do sangue de cordão umbilical e placentário (SCUP), pode-se utilizar as células precursoras hematopoéticas ou células germinativas do cordão umbilical e da placenta, coletadas imediatamente

³Preservação de células a baixas temperaturas, com uso de Dimetil sulfóxido (DMSO) como crioprotetor para o congelamento de células tronco-hematopoéticas.

após o parto. Estes avanços permitiram aos médicos a seleção entre as três fontes celulares: medula óssea, sangue periférico e sangue do cordão umbilical, além de possibilitar o uso de nova terminologia, de células-tronco hematopoéticas (CTH) (ORTEGA et al., 2004).

Devido a diversidade de doenças que podem ser beneficiadas pelo tratamento, diferentes estratégias relacionadas às fontes celulares estão sendo utilizadas (ORTEGA et al., 2004; SILVEIRA e GALVÃO, 2005; PASQUINI e COUTINHO, 2013), a saber:

- *Transplante Autólogo*, quando as células progenitoras são coletadas e conservadas através do processo de congelamento ou criopreservação e após são reinfundidas no próprio doador;
- *Transplante Alogênico*, aparentado (AP) ou não-aparentado (NAP), quando as células tronco hematopoéticas provêm de outro indivíduo com algum grau de compatibilidade dos Antígenos Leucocitários Humanos (HLA), podendo ter locus e antígeno diferentes do paciente.
- *Transplante Haploidêntico*, doador (pai ou mãe) e receptor possui compatibilidade parcial, haplótipo 50% compatível com o receptor.

Sobre a escolha e seleção de doadores, aparentados ou não aparentados, sabe-se que o conhecimento sobre as estratégias tem aumentado consideravelmente. O sistema HLA (*Human Leukocyte Antigens*) é o fator genético, que exerce influência no resultado do transplante, e os antígenos HLA são moléculas de superfície celular, no braço curto do cromossomo 6, identificadas quanto ao nível alélico. Está dividido em 3 regiões chamadas de *Classe I* (HLA-A, -B e -C genes), *Classe II* (HLA- DRB1, DQB1 e DPB1) e *Classe III* (responsável pela codificação de Fator de Necrose Tumoral e Fatores do complemento). (ZAGO; FALCÃO; PASQUINI; 2013).

A possibilidade de melhor seleção dos doadores é determinada com a utilização de testes de tipagem de HLA em alta resolução, a maior compreensão de heranças genéticas, e critérios de HLA. As últimas décadas, mediante o desenvolvimento de estudos retrospectivos dos transplantes não aparentados, com graus diferentes de incompatibilidade HLA, revolucionaram a compreensão de compatibilidade HLA, mobilizaram a necessidade de identificação das variantes alélicas dos genes HLA, no paciente e nos seus

potenciais doadores, sendo que esta informação tem permitido a escolha criteriosa de doadores (SEBER, et. al. 2009; VOSSSEN, et al., 2010).

Seber et al. (2009) recomendam que a compatibilidade HLA entre a criança e um doador NAP adulto, deva ser de no mínimo 8/8, ou seja, na tipagem HLA de alta resolução, todos os quatro algarismos de cada antígeno A, B, C e DRB1 devem ser iguais. Idealmente, os antígenos DQB1 também devem ser iguais, constituindo um doador 10/10, este proporciona resultados similares aos transplantes entre irmãos compatíveis. E ainda, os autores consideram que a compatibilidade HLA tem maior impacto nos resultados de transplantes das doenças que não estão em fases avançadas e em doenças não malignas.

Frente à indicação do transplante, o paciente e seus irmãos/irmãs são testados para determinar o HLA, no entanto, 25 a 30% dos TCTH alogênicos apresentam um doador aparentado HLA compatível. (VOSSSEN, et. al. 2010). Os doadores voluntários do REDOME e de registros internacionais, estão cadastrados com tipificação HLA de baixa ou de média resolução. Outrossim, a inscrição dos receptores no REREME deve ser realizada com tipificação HLA classe I e II em alta resolução, porque estas informações direcionam a seleção e agilizam o processo de identificação do doador (HAMERSCHLAK, et al, 2012)

Diferentes autores concordam, que a busca por doador NAP precisa ser rápida, uma vez que, o paciente portador de doenças onco-hematológicas não dispõe de tempo espera, devido à possibilidade de progressão de sua doença de base ou pela deterioração clínica, o que poderá aumentar a chance de recidiva da doença e comprometer ainda mais a chance de cura (MAJHAIL et al., 2015; SEBER et al., 2009; SABOYA et al., 2010).

Nestes casos, SCUP que é imunologicamente imaturo, permite um grau de incompatibilidade maior do que as células de um doador adulto, os transplantes são possíveis, a partir da compatibilidade de 4 dos 6 antígenos (SEBER, et al., 2009). Além da maior incompatibilidade, outras vantagens no uso de SCUP incluem: a rápida localização em bancos nacionais e internacionais; ausência de risco para o doador; redução de transmissão de doenças virais, como Citomegalovírus (CMV) e Vírus Epstein Baar (EBV)

principalmente; e DECH reduzida quanto à severidade (MARINHO et al., 20015; VONSSSEN, et al., 2010; TIERCY, et al., 2007).

Contudo, Rocha et al. (2009) e Niess (2013), ressaltam que o baixo números de células progenitoras configura como uma importante desvantagem ao uso de SCUP. Esta situação pode resultar em aumento do risco de falência do enxerto, atraso na enxertia e na reconstituição imune. Ademais, para neoplasias hematológicas, em que é aceitável e desejável o efeito enxerto *versus* leucemia, e que, em alguns casos, requer a reinfusão de linfócitos do doador, há a desvantagem da não disponibilidade do doador. (SABOYA et al., 2010).

Acentua-se assim a necessidade de um plano de resgate nos transplantes com SCUP, que é necessário para maior segurança do procedimento com esta fonte de CTH, como outros cordões já selecionados ou um doador haploidêntico, para casos com falha na enxertia (SEBER et al., 2009).

O Transplante Haploidêntico (Haplo), com doador familiar parcialmente compatível passa a ser uma alternativa importante. Evolui desde os anos 2000, com resultados de grupos de pesquisa Italianos, Chineses e Norte-Americanos, sendo indicado principalmente, para grupos de doenças doenças hematológicas malignas avançadas. O embasamento do TCTH haplofamiliar para doenças malignas graves como leucemias e linfomas, ao longo dos últimos anos, tem levado alguns autores a aplicar esse tipo de transplante em doenças hematológicas não malignas, tais como anemia de Fanconi, talassemia maior, síndrome da imunodeficiência combinada (HAMERSCHLAK, et al, 2012). Diferenciado pelo o uso de megadose de células progenitoras hematopoéticas, associado a um regime de condicionamento imunossupressor e à depleção de células T do material infundido, tornou este tipo de transplante viável e com resultados progressivamente melhores, comparáveis com os de TCTH com doador NAP. (VOSSSEN, et al.,2010)

Por considera-lo experimental, diferentes autores reafirmam na indicação racional, devido às diferenças nos antígenos de compatibilidade. Trata-se de um transplante mais complexo, que envolve regimes de

condicionamento específicos, novas técnicas para a reconstituição imune, aliadas a melhores antimicrobianos e antifúngicos, suporte microbiológico, controle e tratamento diferenciado da DECH, suporte dos bancos de sangue, e vivência da equipe médica e multidisciplinar neste tipo de tratamento (SABOYA et al. 2010; ZAGO; FALCÃO; PASQUINI; 2013).

Seber et al. (2009) relembram ainda, que para os doadores pediátricos o uso apenas de medula óssea, protegendo assim estas crianças saudáveis, do uso de fatores estimuladores de colônias de granulócitos (G-CSF), de inserção de cateter venoso central, ou da realização leucoaférese, exceto, para transplantes autólogos.

Quanto à fonte de células-tronco mais empregada em transplantes pediátricos alogênicos no STMO CHC/UFPR, até o ano de 2009, 46,7% eram provenientes da medula óssea, 53,2% do sangue de cordão umbilical (MARINHO et al., 2015). Estudo complementar realizado por Rodrigues (2015), neste mesmo Hospital, em período posterior, entre 2009 e 2013, evidenciou uma mudança significativa quanto a fonte celular, 80,4% dos transplantes foram de medula óssea e 19,6% do sangue de cordão umbilical. Este resultado corrobora com a realidade da América Latina descrita por Eckrich e Pasquini (2012), em que a medula óssea é o tipo de enxerto mais comum utilizado em crianças.

As doenças hematológicas malignas configuram-se mundialmente como o grupo de patologias com maior indicação para o TCTH, tanto para adultos como para crianças. As leucemias perdem apenas para as doenças linfoproliferativas (Linfomas e Mielomas). De acordo, com os resultados de pesquisa publicados por Niederwieser et al., (2016), com dados da Rede Mundial de Transplante de Medula Óssea (*Worldwide Network of Blood and Marrow Transplantation- WBMT*), 36% do total de transplantes no mundo, foram realizados para este grupo de diagnósticos. Já para o cenário da América Latina, Eckrich e Pasquini (2012), indicaram que as leucemias estão em primeiro lugar, e são responsáveis por 48% dos transplantes realizados.

Os principais diagnósticos de doenças hematológicas malignas com indicação ao TCTH incluem: Leucemia Linfóide Aguda, Leucemia Mielóide Aguda, Síndromes Mielodisplásicas/mieloproliferativas (Leucemia Mielóide

Crônica; Leucemia Mielomonocítica Juvenil), Síndromes Hemofagocíticas, Linfomas não Hodgkin e Linfoma Hodgkin (SEBER et al., 2009; MAJHAIL et al., 2015).

Nos casos destas doenças, a recomendação de TCTH está vinculada ao risco, uma vez que em algum estágio de sua evolução, o TCTH poderá ser considerado e realizado. Contudo, devem ser indicados para doenças classificadas com risco intermediário e alto, e esta indicação não dever ser justificada pela falha na terapêutica antineoplásica anteriormente utilizada (PASQUINI e COUTINHO, 2013; MAJHAIL et al., 2015).

Há grande variedade de doenças não-malignas, raras, para as quais, o transplante também é uma terapêutica comum em pediatria: síndrome de falências medulares, hemoglobinopatias, imunodeficiências primárias, erros inatos do metabolismo e alguns tumores sólidos (FERNANDES, 2013; VARGAS et al. 2005).

Quanto às síndromes de falência medular, que podem ser adquiridas: Anemia Aplástica Idioática ou Constitucional, Anemia de Fanconi, Disceratose Congênita, Síndrome de Blackfan Diamond, Hemoglobinúria Paroxística Noturna, Síndrome de Kostmann, entre outros (SEBER et al., 2009; HAMERSCHLAK, et al, 2012).

Destaca-se a anemia de Fanconi (AF), uma falência medular hereditária e rara, considerada como doença multisistêmica de causa genética, geralmente herdada de maneira autossômica recessiva e caracterizada por falência progressiva de medula óssea, com um padrão variável de anormalidades congênitas e uma grande predisposição ao desenvolvimento de mielodisplasias (MDS), câncer em idade precoce, leucemias agudas e tumores de cabeça e pescoço, com recorrência familiar (FROHNMAYER; FROHNMAYER, 2000; ZANIS-NETO et al., 2005).

Os pacientes com AF têm associadas outras doenças com instabilidade genética subjacente e, apresenta riscos inerentes à certos tipos de tumores malignos, que podem ser ainda mais amplificados pela exposição a determinados agentes quimioterapêuticos ou irradiação corporal total. Assim, para as crianças com AF transplantadas têm-se a exigência de um padrão de longo prazo de seguimento, e também a vigilância de complicações

adicionais, que podem ser relacionadas com a sua doença subjacente (HAMERSCHLAK, . et al. 2012)

Dentre as imunodeficiências primárias, que são doenças hereditárias caracterizadas pelo comprometimento da imunidade inata ou adquirida, destacam-se as Imunodeficiência Combinada Grave (SCID); Síndrome Wiskott-Aldrich (SWA); Síndrome de Chédiak-Higashi (PASQUINI e COUTINHO, 2013)

E quanto aos erros inatos do metabolismo, são doenças genéticas causadas por defeitos na função das enzimas lisossomais, deficiências congênitas enzimáticas, que levam à alterações neurológicas progressivas e geralmente fatais, como a Mucopolissacaridose, Adrenoleucodistrofia e Osteopetrose (BARRIGA et al., 2012; HAMERSCHLAK, et al., 2012).

4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

Neste capítulo, apresentam-se as concepções concernentes à metodologia e modelo conceitual utilizado pelo The *Joanna Briggs Institute* (JBI®), cuja base eletrônica foi utilizada para a elaboração desta dissertação de mestrado e de seu produto de intervenção.

Assim, para o desenvolvimento desta dissertação, elegeu-se como fontes de dados a ferramenta JBI COnNECT+. Dentre as possibilidades apresentadas nesta plataforma, os “Sumários de Evidências” e as “Práticas Recomendadas em Evidências” que podem contribuir com a Equipe de Enfermagem, no preparo para à alta hospitalar da criança após TCTH.

4.1 METODOLOGIA DO INSTITUTO JOANNA BRIGGS® DE CUIDADO EM SAÚDE BASEADO EM EVIDÊNCIA

Pearson et al. (2005) relatam que o modelo JBI® de PBE foi desenvolvido com base em um quadro conceitual lógico para *permitir o raciocínio e a crítica* sobre cuidados de saúde baseados em evidências, bem como, o papel destas recomendações para a melhoria da saúde global. Foi publicado inicialmente em 2005 e tornou-se um importante marcador de conceptualização única e distinta do Instituto dos cuidados de saúde baseada em evidências e como ele é operacionalizado. Em 2014, foi oportuno uma reedição no modelo e seus componentes, para que eles continuem a ser relevantes e promovam uma reflexão verdadeira e precisa de onde o movimento localiza-se, uma oportunidade para melhor alinhar a construção do discurso organizacional, a visão e a missão com o modelo e vice-versa. (figura 2) (JORDAN, 2016)

FIGURA 2: NOVO MODELO JBI - CUIDADOS DE SAÚDE BASEADOS EM EVIDÊNCIAS, ADOTADO DESDE 2014.



FONTE: The JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2016).

O componente de Saúde Global, como no modelo original de 2005, é definido por Pearson et al., (2005, p. 209) como “a realização da melhoria da saúde global é conceituada como tanto a meta e ponto final de qualquer ou de todos os componentes do modelo e a razão de ser a base de cuidados de saúde baseada em evidências”. Esta hipótese continua a ser um elemento importante da conceituação de PBE pelo JBI® e, portanto, este é o centro do modelo e foi movido para a parte superior.

Assim, o modelo representa conceitualmente os componentes de um processo cíclico que responde às prioridades da saúde global e a experiência do JBI® e seus parceiros na promoção e facilitação de cuidados médicos baseados em evidências em todo o mundo (JORDAN, 2016).

Neste sentido, o processo é composto por quatro componentes principais, para a promoção dos cuidados de saúde com base em evidências,

são estes: 1. geração de evidências de cuidados de saúde, através de centro colaboradores e afiliados; 2. rede de síntese de evidências; 3. rede de transferência e avaliação de evidências (translação do conhecimento); e 4. rede de implementação das evidências.

Os Centros filiados ao JBI®, atuam em todos os componentes, pois promovem as evidências, com questionamentos e respostas aos problemas através de pesquisas científicas que apoiarão a síntese, a transferência e a implementação de evidências por meio de práticas de saúde viáveis, apropriadas, significativas e eficazes para auxiliar na melhoria global dos resultados de saúde (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017).

No Brasil, o Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Baseado em Evidências: Centro Afiliado do Instituto Joanna Briggs – JBI-Brasil (JBI, 2018) objetiva:

- Disseminar a perspectiva do cuidado à saúde baseado em evidências em todo o território brasileiro;
- Facilitar a interlocução entre profissionais, instituições, organizações e usuários do sistema de saúde sobre o cuidado baseado em evidências;
- Promover a capacitação de profissionais de saúde (clínicos, gestores e formuladores de políticas públicas) para o cuidado à saúde baseado em evidências;
- Facilitar o acesso de profissionais, estudantes e usuários de saúde brasileiros a recursos relacionados à produção, síntese, transferência e uso de evidências;
- Promover o conhecimento sobre o cuidado à saúde baseado em evidências;
- Promover a produção de pesquisas primárias baseadas em lacunas identificadas em revisões sistemáticas;
- Participar das atividades colaborativas do Joanna Briggs Institute;
- Apoiar iniciativas nacionais e internacionais que promovam o cuidado à saúde baseado em evidências. (CENTRO BRASILEIRO PARA O CUIDADO À SAÚDE INFORMADO POR EVIDÊNCIAS, 2018)

4.1.1 Qualidade metodológica dos estudos: níveis de evidência e graus de recomendação

Os autores Aromataris e Munn (2017) editores do “Manual do Revisor do Instituto Joanna Briggs”, fornecem orientação aos pesquisadores / autores para a condução e preparação da revisões sistemáticas e sínteses de evidências da JBI®. De maneira a favorecer uma síntese abrangente e imparcial de muitos estudos relevantes em um único documento, utilizando métodos rigorosos e transparentes de análise, com objetivo de sintetizar e resumir o conhecimento existente emergente da explosão de conhecimentos e acessos à diversificadas fontes de conhecimento ao longo dos últimos anos.

Avaliar evidências para garantir que a prática seja baseada em estudos metodologicamente sólidos, tem por objetivo incluir alta qualidade e excluir trabalhos de baixa qualidade, tornando-se ainda mais importante à medida que o volume de pesquisa primária aumenta. (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014)

A ampla visão do JBI® sobre a PBE, propiciou o desenvolvimento de níveis únicos de provas e graus de recomendação. Estes níveis de evidência são utilizados pelo instituto e por sua rede de colaboração internacional e estão incorporados em seus recursos de PBE, especificamente: Revisões Sistemáticas, Sumários de Evidências, Informações sobre melhores Práticas e e Práticas Recomendadas. (JORDAN, 2016). São revisados constantemente, de acordo com as alterações de PBE ao longo dos anos, os grupos de trabalho do JBI® atualmente classificam-nas recorrendo à escala *FAME* (acrônimo de *Feasibility, Appropriateness, Meaningfulness, Effectiveness*).

Ao tomar decisões clínicas, os profissionais de saúde estão preocupados com o fato de sua abordagem ser viável, adequada, significativa e eficaz. O uso dos níveis de evidência não exclui a necessidade de leitura cuidadosa, avaliação crítica e raciocínio clínico quando se aplica evidência.

A escala *FAME* (Pearson et al., 2005; THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014) esclarece raciocínio de:

F - Viabilidade; especificamente, relacionada ao custo-eficácia da prática, se este recurso/prática está disponível e se a experiência é suficiente com níveis de competência disponíveis.

A - Adequação; especificamente: aceitável a cultura local, ou seja, transferível e aplicável à população de interesse e se é facilmente adaptável a uma variedade de circunstâncias.

M – Significância: se está associado com experiências positivas e não está associado com experiências negativas. A significação refere-se à experiência pessoal, opiniões, valores, pensamentos, crenças e interpretações de pacientes ou clientes.

E – Eficácia: ocasiona um efeito benéfico, seguro, e se não há danos associados com a prática. Eficácia sobre a relação entre uma intervenção e resultados clínicos ou de saúde.

Há um esforço internacional para a adoção de uma abordagem endossada mundialmente por várias instituições de revisões sistemáticas, a abordagem GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), que é utilizada para a classificação dos estudos no JBI® desde 2014. Distribuem-se pelo tipo metodológico e também pelo desenho proposto, com níveis de evidência para diferentes propostas de pesquisas como de eficácia, diagnóstico, prognóstico, significado (qualitativos) e avaliação econômica, todos apresentados em níveis numéricos inversamente proporcional a avaliação do estudo de 1 a 5 (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014)

A evidência é então classificada em um dos quatro níveis (alto, moderado, baixo, muito baixo). Este processo inicia-se com pré-classificação dos estudos, com base no seu design, o nível alto equivale à Estudos Controlados Randomizados (RCTs) e, o nível baixo corresponde à estudos observacionais (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014)

Já a força de recomendação proposta pelo sistema GRADE, está presente no JBI®, principalmente nas “Práticas Recomendadas” e referem-se a:

QUADRO 1: GRAUS DE RECOMENDAÇÃO JBI®

GRAU A	<p>Uma recomendação 'Forte' para uma determinada estratégia de gestão da saúde, na qual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. é claro que efeitos desejáveis compensam os efeitos indesejáveis da estratégia; 2. em que há evidência de qualidade adequada a apoiar a sua utilização; 3. há um benefício ou nenhum impacto no uso de recursos; 4. os valores, preferências e a experiência do paciente foram considerados.
GRAU B	<p>Uma recomendação 'Fraca' para uma determinada estratégia de gestão da saúde, na qual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. efeitos desejáveis parecem compensar os efeitos indesejáveis da estratégia, embora esta não é tão clara; 2. onde há evidências que suportam a sua utilização, embora isso possa não ser de alta qualidade; 3. há um benefício, sem impacto ou um impacto mínimo sobre o uso de recursos, 4. valores, preferência e a experiência do paciente pode ou não ter sido consideradas.

FONTE: THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014.

Assim as revisões sistemáticas apresentadas na plataforma JBI®, devem ser conduzidas por grupos de revisão com habilidades especializadas, propondo-se a recuperar evidências internacionais e sintetizar os resultados da busca para informar práticas e políticas. Segue o processo de pesquisa estruturado, o qual requer métodos rigorosos para garantir que os resultados sejam confiáveis e significativos para os usuários finais, distinguindo as revisões sistemáticas de revisões tradicionais da literatura (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2014)

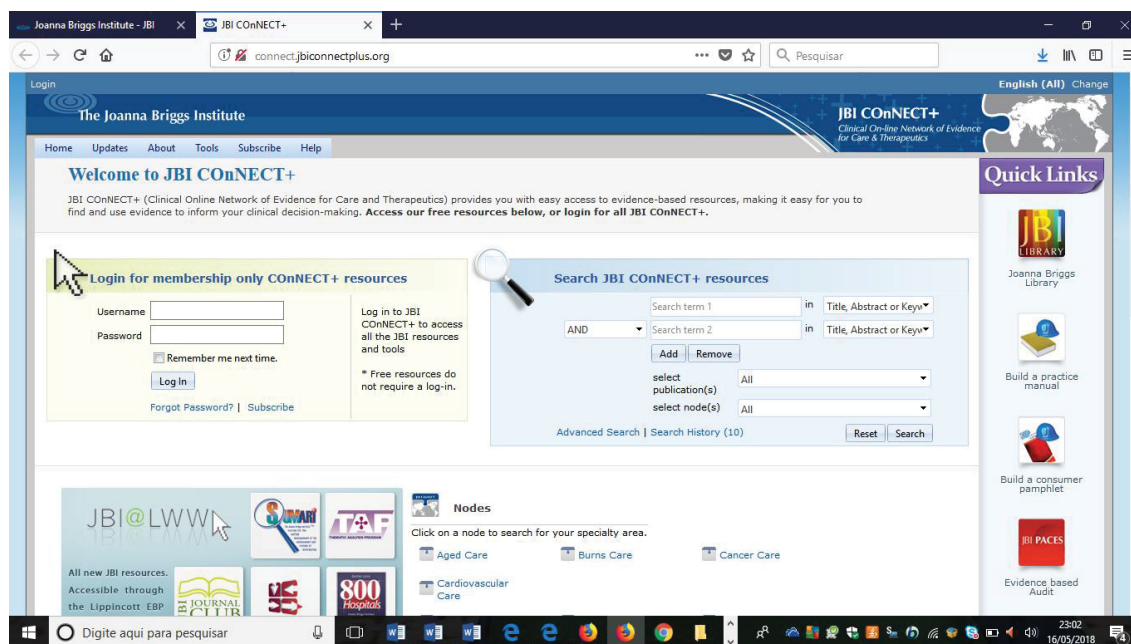
4.1.2. Ferramenta JBI COnNECT+

O acesso completo à plataforma ocorre pela JBI COnNECT (acrônimo de *Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics*), este é restrito aos membros que participam de programa de aprimoramento (*Evidence-based Clinical Fellowship Program*), oferecidos pelos centros colaboradores, e após associação ao JBI®. Disponível desde de 2010, foi

desenvolvida com base no *feedback* dos membros pesquisadores da JBI®, na literatura, e em novas tecnologias (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017)

A página inicial disponibiliza recursos e ferramentas, a partir do *login* pessoal, é possível navegar e utilizar os *links* para esses recursos e suas funcionalidades. Contida por vários sistemas funcionais que permitem, para além das evidências sumarizadas e recomendadas, a incorporação das mesmas para a criação de documentos/políticas, manuais, panfletos de informações para pacientes/clientes. Bem como, apresenta as recomendações para as melhores práticas profissionais e ainda contribui com uma metodologia, que permite a avaliação dos resultados obtidos com a implementação das evidências (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017).

FIGURA 3: LAYOUT DA TELA DE ACESSO À FERRAMENTA CONECT+



FONTE: Site da JBI CoNNECT+, acesso <http://connect.jbiconnectplus.org/>

As evidências podem ser acessadas em páginas que têm como modelo a apresentada na figura 4, com os seguintes recursos disponíveis, dispostos em abas:

- Práticas Recomendadas Baseada em Evidências;
- Sumários de Evidências;
- Ficha de Informações da Melhor Prática;

- Biblioteca JBI® de Revisões Sistemáticas (Biblioteca Cochrane, PubMed);
- Folhas de Informações de Melhores Práticas ao Consumidor;
- Protocolos de Revisões Sistemáticas;
- Reportes Técnicos.

A busca pela evidência pode ocorrer através das áreas ou especialidades denominadas “NODES”, atualmente constam na Plataforma 19 áreas, apresentadas na quadro 2. Assim, podem ser encontradas no portal material concernente a uma área temática específica e/ou em todas as disponíveis, utilizando-se descritores padronizados MeSH®. Nota-se que os resultados das buscas podem ser coincidentes devido serem apresentados conforme a correlação do tema nas diferentes áreas de concentração.

FIGURA 4: LAYOUT DA TELA DE ACESSO, RECURSOS JBI CONNECT+

The screenshot displays the JBI CoNNECT+ website interface. At the top, there is a navigation bar with links for Home, Updates, About, Tools, Admin, Subscribe, Help, and Logout. The main content area is titled 'Search' and shows 'Search results:aa'. Below this, there are filters for 'Evidence Based Recommended Practices (21)', 'Evidence Summaries (163)', 'Best Practice Information Sheets (13)', 'Systematic Reviews (56)', 'Consumer Information Sheet (22)', 'Systematic Review Protocols (123)', and 'Technical Reports (1)'. A table of results is shown below, with columns for ID, Publication Title, Author, Nodes, and Date. The results include entries for Cerebral Palsy (Children) activities of Daily Living Measurement, Cerebral Palsy (Children) Strength Measurement, Chemotherapy: Platinum-Based Drugs and Hearing Loss in Children, and Childhood Cancer (Unfitness): Physical Exercise Training Intervention.

ID	Publication Title	Author	Nodes	Date
JB11583	Cerebral Palsy (Children): Activities of Daily Living Measurement HTML PDF		Pediatrics, Rehabilitation	25/07/2016
JB11584	Cerebral Palsy (Children): Strength Measurement HTML PDF		Pediatrics, Rehabilitation	25/07/2016
JB116190	Chemotherapy: Platinum-Based Drugs and Hearing Loss in Children HTML PDF		Cancer Care, Pediatrics	13/09/2016
JB117948	Childhood Cancer (Unfitness): Physical Exercise Training Intervention HTML PDF		Cancer Care, Pediatrics, Rehabilitation	16/05/2017

FONTE: Site da JBI CoNNECT+, acesso <http://connect.jbiconnectplus.org/>

QUADRO 2- AREAS TEMATICAS PARA PESQUISA NA PLATAFORMA JBI®, CURITIBA, PARANA

AREAS TEMÁTICAS	
1- Cicatrização e Manejo de Feridas	2- Controle de Infecção;
3- Cuidados com Câncer	4- Cuidados Cardiovascular
5- Cuidados Renais	6- Diagnóstico por Imagem
7- Doença Crônica	8- Doenças Tropicais e Infecciosas
9- Emergência e Trauma	10- Gestão de Serviços de Saúde
11- Idosos	12- Medicina Geral
13- Obstetrícia	14- Pediatria
15- Reabilitação	16- Serviços Cirúrgicos
17- Saúde da Comunidade	18- Saúde Mental
19- Tratamento de Queimaduras	

FONTE: Adaptado de interface do site da JBI CoNNECT+, 2018.

4.1.3 Sumários de Evidências

Os “Sumários de Evidências” (SE) agrupam as evidências internacionais existentes sobre intervenções e atividades de saúde comuns. Esses, têm como base, as pesquisas científicas estruturadas em bancos de dados de cuidados de saúde baseados em evidências, através da metodologia de Revisão Sistemática (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017)

Estes sumários organizam a prática informada por evidências e os pontos de cuidados. São padronizados e estruturados segundo o título desenvolvido, ano de publicação, autores, a questão norteadora para seu desenvolvimento, seguida pela apresentação dos estudos selecionados, as linhas de raciocínio e resultados clínicos. O nível de evidência científica é atribuído a cada estudo, e os resumos destas evidências são denominados de “característica da evidência”. Por fim, apresentam as melhores práticas recomendadas conforme a análise dos estudos e grau de recomendação destes e todos as referências utilizadas para seu desenvolvimento.

4.1.4 As Práticas Recomendadas Baseada em Evidências

As “JBI Práticas Recomendadas” são direcionadas aos profissionais de saúde, auxiliam na aplicação da pesquisa à prática e apresentam-se mais sucintas que os sumários de evidências.

As recomendações são atribuídas a um grau, são redigidas objetivamente quanto as intervenções e procedimentos descritos, recomendam a prática em tópicos clínicos selecionados, apresentando os materiais necessários. Ao final, demonstram através de símbolos, considerações sobre a saúde ocupacional e segurança, indicando a aplicabilidade desta recomendação, a quais profissionais se destina o uso, bem como, as competências necessárias para sua finalidade.

4.2 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa exploratória desenvolvida a partir de uma perspectiva inovadora: com a utilização de evidências científicas disponibilizadas para a prática clínica na plataforma do *The Joanna Briggs Institute* (JBI®).

Para Sampieri, Callado e Lucio (2013), a pesquisa exploratória é utilizada para problemas pouco conhecidos, quando as hipóteses ainda não foram claramente definidas, assim, delimita o campo de trabalho e mapeia as condições de manifestação desse objeto. O autor, refere que este tipo de pesquisa, possui alcances que resultam da revisão da literatura e da perspectiva do estudo, e dependem dos objetivos do pesquisador para combinar os elementos que apoiam na identificação de conceitos promissores e caracterizam o estado da arte para novos estudos.

4.3 CENÁRIO DE APLICAÇÃO DA PESQUISA

O Cenário de aplicação é um hospital de ensino, na cidade de Curitiba, estado do Paraná. Trata-se de uma instituição pioneira e referência nacional em TCTH, e o Setor é o de Transplante de Medula Óssea (STMO) – Internamento, está relacionado à unidade gerencial (Unidade de Transplante, Oncologia e Hematologia - UTOH), no Complexo Hospital de Clínicas, da Universidade Federal do Paraná (CHC /UFPR).

No Brasil, em 1979, estudos iniciais relacionados ao TCTH foram realizados por colaboradores do CHC/UFPR. Este serviço efetuou o primeiro transplante da América Latina, tornando-se pioneiro em transplante com células-tronco hematopoiéticas de cordão umbilical, e referência em transplantes com doadores não aparentados, destacando-se como um serviço que disponibiliza todas as modalidades de TCTH.

A unidade de internação do STMO possui 23 leitos para o procedimento de TCTH, os quais são divididos em três alas: Ala A e B, onde preferencialmente são internados pacientes adultos; Ala C, com cinco leitos para internação de crianças.

Esses destinam-se ao internamento para realização do TCTH, readmissões hospitalares de pós-transplantados, e também, para internação de doadores voluntários e aparentados. Na unidade Ambulatorial é realizado o acompanhamento pré e pós-TCTH imediato e tardio, neste local, além de ambientes próprios para a equipe multidisciplinar (Serviço Social, Terapia Ocupacional, Odontologia, Psicologia, Auxiliares Administrativos), dispõe de leitos de isolamento, utilizados para pacientes em precauções.

A equipe multiprofissional atuante no STMO é composta por aproximadamente 150 membros, dentre enfermeiros, médicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, psiquiatra, assistentes sociais, odontólogos e fisioterapeuta, bem como, residentes médicos e multiprofissionais. A equipe de enfermagem, em sua maioria, é composta por enfermeiros assistenciais, que atuam no cuidado direto aos pacientes adultos e pediátricos.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa é parte integrante de uma Pesquisa Temática intitulada “*Desenvolvimento Tecnológico & Hospitalização Infantil: (Re)visitando a Problemática e Contribuindo com o Diagnóstico de Risco de Trauma Vascular*”, aprovada pelo Comitê da Universidade Federal do Paraná, Comitê de Ética do Hospital de Clínicas CEP– HC/UFPR, CAAE:36237414.0.0000.0102, e pelo Comitê de Ética do Setor Saúde da mesma Universidade., CAAE: 36237414.0.0000.0102 datado de 20 de maio de 2015.

Em consonância aos preceitos éticos conforme prevê a Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, foi submetida a Emenda ao Projeto Temático, aprovado em 21 de dezembro de 2016. Parecer número 1.878.531.

4.5 FONTES DE DADOS

As fontes de informações foram secundárias, tendo em vista a utilização de pesquisas publicadas em bases de Revisões Sistemáticas como a *Biblioteca Cochrane*, *National Library of Medicine* (PubMed), e a coleção *online* de periódicos disponíveis na própria plataforma JBI®.

As evidências são secundárias, pois foram avaliadas e comentadas segundo a metodologia PBE, realizada pelo JBI®. Estas fontes são disponibilizadas em uma plataforma digital, contêm as informações sintetizadas e classificadas pela qualidade do estudo original e mostram-se úteis no âmbito da assistência, pois permitem ao profissional identificar, conhecer e explorar, em pouco tempo, as melhores evidências em diversas áreas e temas da saúde (THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, 2017)

Pimenta et al., (2017) reforçam que a busca por informações complementares às apresentadas em base secundária, se faz mediante a

insuficiência ou mesmo desatualização de qualquer aspecto de uma evidência científica.

Nesta perspectiva, foram também acessadas fontes primárias como complementares à pesquisa na plataforma JBI® e após as revisões, elegeu-se o site da sociedade *European Society for Blood and Marrow Transplantation* (Sociedade Européia de Transplante de Sangue e Medula Óssea -EBMT) por esta disponibilizar a publicação para enfermagem mais completa e atualizada e também utilizada pelas demais organizações mundiais em TCTH.

Esta organização sem fins lucrativos, foi criada em 1974 para que os profissionais cientistas e médicos, envolvidos no transplante de medula óssea, compartilhem suas experiências e desenvolvam estudos cooperativos. Possui em seu grupo de pesquisadores, um grupo de trabalho de enfermeiros que desde 1985 tem a missão de promover a excelência na prestação de cuidados de hematologia e transplante de sangue e de medula óssea, apoiando assim, enfermeiros e profissionais de saúde na prestação de práticas baseadas em evidências (EUROPIAN SOCIETY OF BLOOD MARROW TRANSPLANTATION, (EBMT), 2018)

Dentre as diversas ações incluem o desenvolvimento de eventos e treinamentos para a equipe de enfermagem e outros profissionais de saúde aliados, a fim de otimizar o tratamento e cuidados de pacientes adultos e pediátricos e suas famílias, bem como, o desenvolvimento de publicações e recursos educacionais para profissionais de enfermagem em todo o mundo. Em 2018 foi publicado pela primeira vez o *EBMT Nurses Textbook*, que está disponibilizado on-line gratuitamente pelo endereço eletrônico <https://www.ebmt.org/ebmt-nurses-textbook.>, fonte esta detalhada da atuação de enfermeiros em TCTH (EBMT, 2018).

4.6 PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

A pesquisa na plataforma JBI® foi realizada entre os meses de janeiro a abril de 2018.

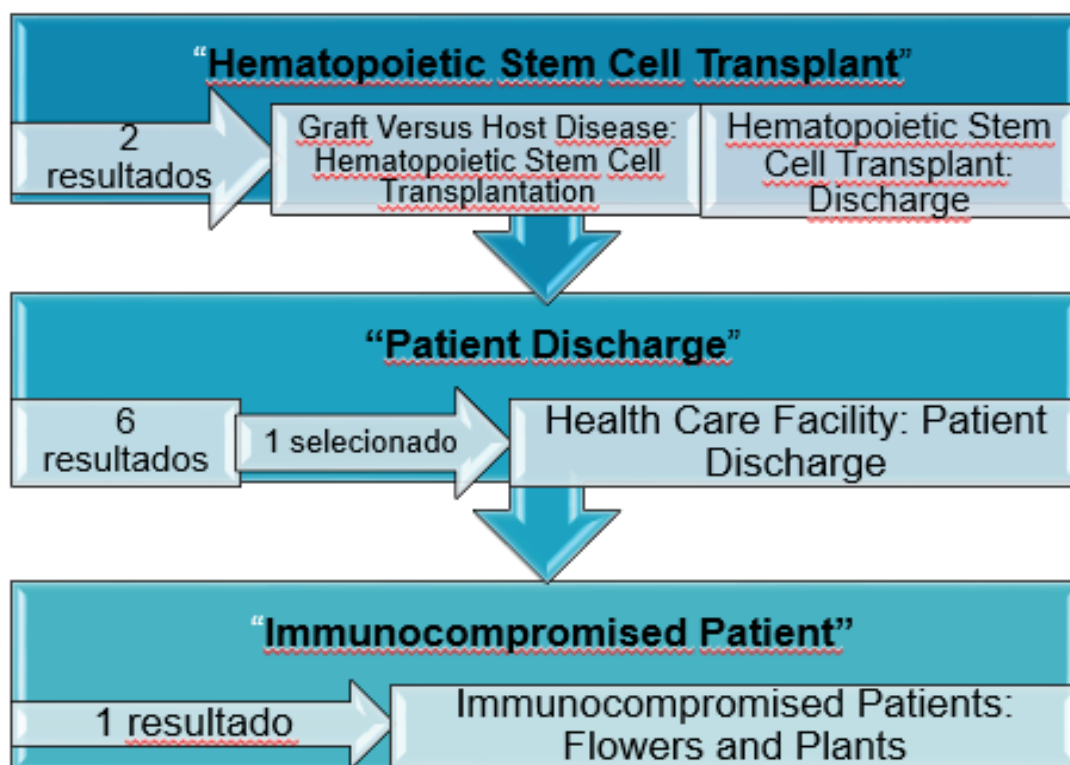
Seguiu uma terminologia que permite normalizar os vocábulos de uma determinada área do conhecimento e facilitar a organização, recuperação e

disseminação da informação, foram utilizados os descritores MeSH® para fortalecer a pesquisa e assim assegurar uma procura ampla. O MeSH® (acrônimo de *Medical Subject Headings*®,) na área das Ciências da Saúde mundialmente é o vocabulário mais utilizado (PIMENTA et al., 2017).

Assim os descritores MeSH® padronizados pesquisados em “títulos, resumos, palavra-chave” e em todas as áreas temáticas disponíveis, bem como os resultados e as evidências selecionadas, estão demonstrados na Figura 5.

Na fase inicial da identificação do estudo, foram identificados: cinco sumários de evidências com o descritor “*Patient Discharge*” e, uma revisão sistemática com o mesmo descritor, destes selecionou-se um Sumário de Evidências que respondia ao tema desta pesquisa. A revisão sistemática foi excluída por não se tratar da população pediátrica. Já com o descritor “*Hematopoietic Stem Cell Transplant*” foram localizados e inclusos dois Sumários de Evidências e, com o descritor “*Immunocompromised Patient*” um Sumário de Evidência.

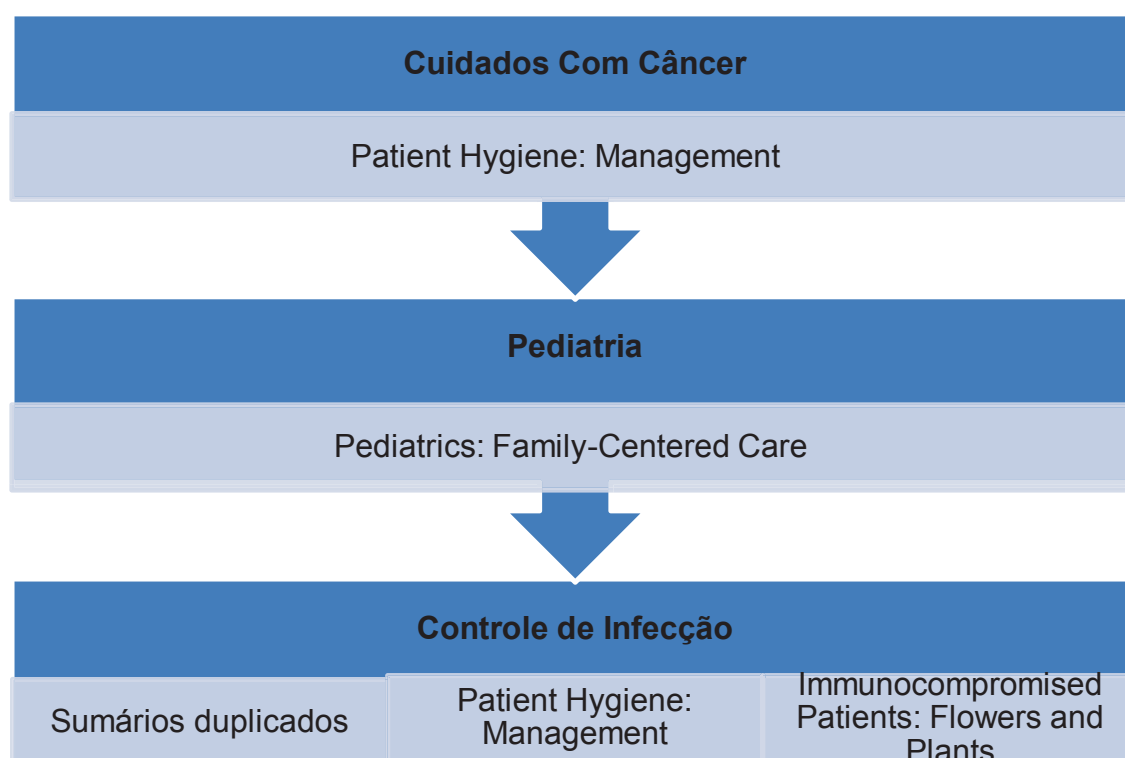
FIGURA 5: RESULTADOS SEGUNDO OS DESCRITORES MeSH®



FONTE: A autora (2018)

Após este processo, foi desenvolvida uma pesquisa exploratória visual para averiguar a existência de informações não localizadas pelos descritores estabelecidos. As áreas temáticas delimitadas foram: Cuidados com Câncer, Pediatria e Controle de Infecção, este último incluído, por tratar-se de pacientes imunocomprometidos. E, as abas exploradas foram: “Sumários de Evidências” e “Práticas Recomendadas”, apresentando os resultados (Figura 6) que foram acrescidos à pesquisa inicial:

FIGURA 6: RESULTADOS COMPLEMENTARES



FONTE: A autora (2018).

Após a remoção das duplicações e identificação dos estudos, selecionaram-se seis Sumários de Evidências e, duas JBI Práticas Recomendadas Baseadas em Evidências, que estão apresentadas e discutidas nos resultados desta Dissertação.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo serão apresentadas as evidências resultantes da pesquisa na JBI® incluídas na presente produção de tecnologia educacional, com base em evidências, a ser aplicada na prática da alta hospitalar de crianças submetidas ao transplante de células troco-hematopoiéticas, por enfermeiros.

O Capítulo apresenta inicialmente a descrição e caracterização das evidências e, posteriormente a análise dos resultados encontrados, ou seja, as evidências propriamente ditas. Essas serão discutidas com fundamentação após a apresentação de cada *Sumário de Evidência (SE)* e das *Práticas Recomendadas (PR)* pela JBI®.

Destarte, apresentam-se subsídios para a avaliação da qualidade da evidência, para permitir ao profissional enfermeiro a verificação da possibilidade de implementação das recomendações em seu cenário de prática. Há ainda, o reconhecimento de lacunas existentes, que por sua sustentarão o desenvolvimento de estudos subsequentes.

5.1 EVIDÊNCIAS SELECIONADAS

No Quadro 3 são apresentados os SE e as PR identificadas, utilizando-se a ferramenta **JBI CONNECT+**, acrônimo de *Clinical Online Network of Evidence for Care and Therapeutics*, assim como, o quantitativo selecionado para o estudo.

QUADRO 3: DISTRIBUIÇÃO DAS PUBLICAÇÕES IDENTIFICADAS, DUPLICADAS E SELECIONADAS DA PLATÁFORMA JBI®

	Encontrados	Duplicados	Selecionados
Sumários de Evidências	8	2	6
JBI Práticas Recomendadas	2	0	2

FONTE: A autora (2018).

Após repetidas leituras, com processo de análise reflexiva-exploratória do conteúdo dos seis SE, é que foi realizada a opção pelo recorte das práticas oferecidas e, inclusão no estudo para responder à questão de pesquisa. Foi mantida atenção especial para a utilização integral das práticas recomendadas, preservando a fidedignidade do estudo às publicações JBI®.

Já no Quadro 4, estão os Títulos dos SE, traduzidos para o português; os autores e ano de publicação das mesmas; as características metodológicas dos estudos; o nível de evidência JBI®; e, o *score* da qualidade metodológica JBI®, que foi atribuído aos artigos inclusos.

QUADRO 4 - CARACTERIZAÇÃO DOS SUMÁRIOS DE EVIDÊNCIAS JBI^{®1}

SUMÁRIO DE EVIDÊNCIAS/ TOTAL (n)	AUTORES	ANO DE PUBLICAÇÃO	ÁREAS TEMÁTICAS	CARACTERÍSTICAS DAS EVIDÊNCIAS	NÍVEIS DE EVIDÊNCIAS / ESTUDO (N1,2,3 = n)
Pediatria: Cuidados centrado na família (n = 06)	Karolina Lisy BSc (Hons) PhD	11 Mar 2016	Pediatria	- Revisão Cochrane: 1 - Revisão Sistemática: 1 - Revisão Sistemática Quase-Experimental: 1 - Estudos Qualitativos: 2 - Revisão de Literatura: 1	N1= 3 N3= 3
Instituição de Saúde: Alta do Paciente (n = 15)	Long Khanh Dao Le, B.Pharm, MPH, MHSM	16 Jan 2018	Cuidados com o Câncer, Doença Crônica, Saúde Comunitária, Emergência e Traumatismos, Medicina Geral, Gestão e Avaliação em Saúde, Cuidados com Obstetria, Reabilitação, Serviços Cirúrgicos	- Revisão Cochrane: 3 - Meta Análise: 1 - Revisão Sistemática: 1 - Estudos Clínicos Randomizados: 2 - Estudos Observacionais: 2 - Estudos Qualitativos: 3 - Estudo de Coorte: 1 - Revisão de Literatura: 1 - Artigo de Opinião Expert: 1	N1= 7 N3= 6 N5= 2
Higiene do Paciente: Gerenciamento (n = 09)	Eric Fong MBBS MPHTM	19 Mar 2018	Idoso, Queimaduras, Cuidados com Câncer, Doença Crônica, Saúde Comunitária, Diagnóstico por Imagem, Emergência e Traumatologia, Medicina Geral, Gestão e Avaliação de Saúde, Controle de Infecção, Saúde Mental, Obstetria, Pediatria, Reabilitação, Serviços Cirúrgicos, Doenças Tropicais	- Estudo quase-experimental: 2 - Estudo Transversal: 1 - Estudo de Observação Ecológica: 1 - Revisão Sistemática: 1 - Estudo Clínico Randomizado: 1 - Opinião de especialistas: 3	N1= 1 N2= 2 N3= 3 N4= 3

		e Infeciosas, Cicatrização e Manejo de Feridas.		
Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta (n = 09)	Dr. Kyawt Swe , PhD, MNSc , BNSc , Dip Med Edu	7 Junho 2016 Cuidados com o Câncer	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão Sistemática: 4 - Estudo Clínico Multicêntrico: 1 - Estudo Retrospectivo: 1 - Estudos de Coorte: 2 - Artigo de Opinião Expert: 2 - Programa de Educação ao Paciente: 1 	N1= 2 N3= 3 N4= 1 N5= 3
Doença do Enxerto versus Hospedeiro: Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (n = 10)	Dr Susan Slade, BScApp (Physio) , Grad Dip Manip Ther , M Musc Ther , PhD	20 Out 2016 Cuidados com o Câncer, Doença Crônica	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão Cochrane: 1 - Revisão Sistemática: 4 - Estudo Retrospectivo: 1 - Guidelines (ASBMT/ CIBMTR/EGBMT): 2 - Revisão de Literatura: 2 	N1= 5 N3= 1 N4= 2 N5= 2
Pacientes Imunocomprometidos: Flores e Plantas (n = 06)	Eric Fong, MBBS , MPHTM	21 Out 2016 Cuidados com Queimaduras, Cuidados com Câncer, Gerenciamento e Avaliação de Saúde, Controle de Infecção, Cuidado Renal, Serviços Cirúrgicos	<ul style="list-style-type: none"> - Revisão de Literatura: 4 - Guideline CDC:1 - Estudo Observacional:1 	N3= 1 N5= 5

FONTE: A autora (2018).

Dentre os SE, três são especificamente direcionados ao paciente transplantado, sendo eles: Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta; Doença do Enxerto versus Hospedeiro: Transplante de Células Tronco Hematopoéticas; Pacientes Imunocomprometidos: Flores e Plantas. Entretanto, um SE é específico para o cuidado à criança hospitalizada: Pediatria: Cuidados centrado na família. E ainda, dois apresentam temas que são comuns às diversas aplicações, são generalistas, fato que pode ser corroborado pelas áreas temáticas que abrangem: Instituição de Saúde: Alta do Paciente; Higiene do Paciente: Gerenciamento.

Todos os sumários possuem menos de dois anos de publicação, denotando a recente visão para o desenvolvimento de temas relacionados aos cuidados básicos ao paciente, como a gestão da higiene, e a perspectiva de gestão de alta do paciente pela instituição de saúde, que foram publicados no presente ano, 2018. Entretanto a PBE para os profissionais atuantes em TCTH foi publicada anteriormente, em 2016.

Enfatiza-se que as Revisões Sistemáticas são numericamente maiores para três dos SE. Mas, os estudos de opinião de especialista, revisões de literatura e estudos qualitativos, são predominantes no gerenciamento da higiene do paciente e no modelo assistencial “Pediatria: Cuidados centrado na família”.

O SE “Instituição de Saúde: Alta do Paciente” conta com sete estudos com Nível 1 de evidência, confirmando sua importância pela elevada qualidade da evidência. Entretanto, mesmo que o SE “Pacientes Imunocomprometidos: Flores e Plantas” apresente menor número de pesquisas (n=6), e o mais recente seja de 2005, com níveis de evidências entre 3 e 5, não é menos importante no quadro de recomendações de alta hospitalar.

Optou-se na sequência por explorar cada SE, seu conteúdo com análise dos textos, a questão norteadora, resultado clínico e as práticas recomendadas para os cuidados de enfermagem após a alta hospitalar (QUADROS 5, 6, 7, 8, 9 e 10). As práticas recomendadas em cada Quadro foram extraídas de um elenco de práticas constantes do SE, com pequenos ajustes do idioma e na sintaxe, para adaptá-las à realidade do cenário, nacional e institucional, para o qual está sendo desenvolvida esta tecnologia educacional

5.1.2 Sumário de evidências “Pediatria: Cuidados Centrados Na Família”

QUADRO 5 - ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “ PEDIATRIA: CUIDADOS CENTRADO NA FAMÍLIA”.

TÍTULO	QUESTÃO NORTEADORA	LINHA DE RESULTADO CLÍNICO	PRÁTICAS RECOMENDADAS SELECIONADAS
<p>Pediatria:</p> <p>Cuidados centrado na família</p>	<p>Qual é a melhor evidência disponível sobre cuidados centrados na família em departamentos pediátricos?</p>	<p>Cuidado centrado na família é um modelo assistencial que se baseia em parcerias entre os profissionais de saúde, pacientes e seus familiares ou cuidadores. Cuidado centrado na família é particularmente relevante no contexto pediátrico, onde o envolvimento da família é considerado crucial para o cuidado das crianças. Cuidado centrado na família envolve amplamente os conceitos de participação dos pais nos cuidados de saúde, a parceria da criança e colaboração na tomada de decisões entre os profissionais de saúde e os pais, ambientes hospitalares para famílias e provisão de cuidados para membros da família, além de cuidar do paciente.</p>	<p>- Nos países desenvolvidos, o cuidado centrado na família deve ser implementado sempre que possível. (Grau A)</p> <p>- Os profissionais de saúde devem procurar estabelecer uma relação de confiança com os pais através de uma comunicação eficaz e ouvindo as suas preocupações em relação à sua criança. (Grau A)</p> <p>- Os profissionais de saúde devem estar cientes de que as famílias diferentes podem ter diferentes necessidades, e deve adaptar o cuidado para atender às necessidades individuais das famílias. (Grau A)</p>

FONTE: Adaptada de LISY (2016)

Nas recomendações apresentadas neste Sumário de Evidências constam aspectos que permeiam a prática da Enfermeira em TCTH durante todo o tratamento. Sobretudo, aplicadas no período pós-TCTH para educar, esclarecer e tranquilizar os pais/cuidadores. E também, fomenta o modelo de cuidado de enfermagem, o cuidado centrado na família, o qual precisa ser fortalecido na realidade dos serviços de oncologia pediátrica e TCTH.

A seguir as práticas recomendadas serão brevemente discutidas de maneira a coteja-las com algumas outras publicações científicas de outras bases de dados.

5.1.1.1 Prática Recomendada 1 (Grau A): *Os profissionais de saúde devem procurar estabelecer uma relação de confiança com os pais através de uma comunicação eficaz e ouvindo as suas preocupações em relação à sua criança.*

Castagna et al., (2018) reforçam que para o emprego de uma comunicação eficaz na relação Enfermeira/profissionais // mãe/pai/cuidador/responsável // criança há que se desenvolver habilidades de escuta e observação, e também exercitar a capacidade de transmissão dos sentimentos, e não apenas das ideias ou orientações. A abordagem da equipe pediátrica é fortemente caracterizada por métodos, ou estratégias, interpessoais e de comunicação centrados na compreensão empática, no sorriso, na paciência e na gentileza. A triangulação da relação entre enfermeiros – crianças - pais envolve diversos mecanismos, papéis, funções e impactos, que têm a implicação de diferentes aspectos da personalidade e do caráter dos envolvidos, sobretudo dos adultos e profissionais (MACKAY E GREGORY, 2011).

O TCTH é uma experiência estranha, assustadora, preocupante e estressante para os pais da criança. Dentre as razões centradas na criança estão a gravidade da doença, o prognóstico incerto, as complicações e riscos, o isolamento e o longo período de internação. Já quanto as razões centradas nos pais, incluem-se: pressões familiares e financeiras, sentimento de culpa, solidão, desesperança, medo de recorrência da doença, realocação do centro

de transplante, morando em dois domicílios separados, oscilação entre casa e centro de transplante, responsabilidades do outro membro da família e cuidador, mudanças relacionadas ao trabalho, longas estadias no hospital, consentimento dos pais para o procedimento de TCTH, adesão à medicação e complicações relacionadas ao TCTH (CASTAGNA et al., 2018)

5.1.1.2 Prática Recomendada 2 (Grau A): *Os profissionais de saúde devem estar cientes de que as famílias diferentes podem ter diferentes necessidades, e deve adaptar o cuidado para atender às necessidades individuais das famílias.*

Aspectos psicológicos e emocionais da experiência pediátrica são complexos e os profissionais de saúde que cuidam da criança doente necessitam ser ouvintes privilegiados, receptivos ao ponto de vista/comportamento da criança, oferecendo oportunidades para diálogos e aliança terapêutica familiar. Quanto aos pais precisam ser integrados à equipe de saúde multidisciplinar. Neste sentido, as explicações dos profissionais, respeitando suas áreas de competência, sobre o processo de transplante coerente à avaliação apropriada, poderão ajudá-los a melhor compreender suas condições e, conseqüentemente, aliviar a ansiedade dos pais e o medo da incerteza, ajudando a minimização da carga emocional (VAN DER LINDEN et al., 2018).

Os pesquisadores recomendam que os pais das crianças submetidas ao TCTH sejam acompanhados por apoio psicológico especializado, particularmente para aqueles cujo filho sofre os efeitos tardios. E também, é apresentada a possibilidade de estabelecimento de uma estratégia comum de enfrentamento entre as famílias mediante apoio social e interação entre os mesmos. Esta tem como objetivo o compartilhamento de experiências entre um grupo de iguais (os pais/responsáveis) para alívio do estresse, troca e aquisição de informações (VAN DER LINDEN et al., 2018).

Outros aspectos são as contradições e tensões entre enfermeiros e famílias. A pesquisa de Mackay e Gregory (2011), apontou que os enfermeiros identificaram situações, crenças culturais e/ou religiosas, com as quais não

concordavam, e não compactuavam com as decisões que os pais ou familiares faziam em nome da criança, gerando barreira para o cuidado centrado na família.

5.1.1.3 Prática Recomendada 3 (Grau A): *Nos países desenvolvidos o cuidado centrado na família deve ser implementado sempre que possível.*

Os resultados da pesquisa de Mackay e Gregory (2011) gerados em hospital de oncologia pediátrica do Canadá, constitui-se como um exemplo de como os hospitais são projetados para o cuidado centrado na família, na sua configuração prática. A pesquisa evidencia que o modelo do hospital pesquisado consta em sua Missão, arquitetura e *layout*. O hospital da pesquisa foi concebido e construído para sustentar uma abordagem de cuidados centrados na família, tal como deve ser considerando adequada estrutura como cama para mãe em cada quarto, e um Centro de Cuidados Centrados na Família.

Contudo, Mackay e Gregory (2011) argumentam que a presença dos Enfermeiros, mesmo em países desenvolvidos, é limitada ao orçamento e recursos humanos. Conseqüentemente, pode haver prejuízo no oferecimento do cuidado centrado na família, dadas as exigências de cuidados técnicos, ou seja, os associados às intervenções. O que justificou a afirmativa, pelos participantes do estudo, de que ocasionalmente experimentaram altos níveis de estresse e preocupação. E assim, os mesmos notaram que houve restrição no tempo destinado para a concentração dos Enfermeiros nas necessidades psicossociais e educacionais do paciente-família, por conseguinte a falta de tempo foi uma barreira para o cuidado.

Na lógica destes resultados de Mackay e Gregory (2011), há recomendação de flexibilidade dos cuidados centrados na família. Os autores posicionam-se com a possibilidade de expandir ou contrair o modelo, de maneira a ser adequada para cada situação. Portanto, para que seja implementado o modelo em meio às barreiras e desafios, se deve permitir que o mesmo seja funcional, adaptável, o que implica no reconhecimento de seus pontos fortes e ciência das barreiras e desafios.

5.1.2 Sumário de evidências “Instituição de Saúde: Alta do Paciente”.

QUADRO 6- ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “INSTITUIÇÃO DE SAÚDE: ALTA DO PACIENTE”.

TÍTULO	QUESTÃO NORTEADORA	CARACTERÍSTICA DA EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO
			MELHOR PRÁTICA SELECIONADA
		<p>✓ Uma revisão da Cochrane apresentou que um plano de alta estruturado e adaptado ao paciente, poderá favorecer uma pequena redução no tempo de internação hospitalar e nas taxas de readmissão, além de um aumento na satisfação do paciente. Os autores relatam que o impacto nos resultados de saúde é incerto. (Nível 1)</p> <p>✓ Entrevista qualitativa foi realizada com 24 líderes, gerentes e funcionários de um hospital para avaliar o impacto da qualidade do atendimento em contatos telefônicos, para o processo de preparo alta e cuidados fora do hospital. A análise conclui que os contatos podem ser considerados para a melhoria das instruções de alta, incluindo o gerenciamento de medicamentos, lembretes de consultas de acompanhamento, e prontas respostas às perguntas dos pacientes. Puderam de ser percebidos como benefícios dos contatos telefônicos a prevenção e a redução na reinternação hospitalar (Nível 3)</p> <p>✓ Um estudo qualitativo descreve o desenvolvimento de registros eletrônicos abrangentes para um resumo integrado de informações relacionadas à alta, que deve ser organizado em relatório de elevada visibilidade e fácil acesso. O estudo destacou que os registros eletrônicos devem ser otimizados para melhorar a prestação de cuidados, e portanto, orienta a inclusão de uma ferramenta de planejamento de alta para melhorar a eficiência e a eficácia das transições de cuidados, permitindo um planejamento proativo da alta e uma melhor comunicação interdisciplinar. (Nível 3)</p>	<p>- Um Plano de Alta Hospitalar estruturado e adaptado ao paciente pode impactar positivamente em sua qualidade de vida, satisfação e estado de saúde. (Grau A)</p> <p>- A Alta Hospitalar a pedido, ou seja, contra o aconselhamento médico, aumenta as chances de readmissão e gera custos subsequentes, pois não prevê o acompanhamento via contato telefônico (Grau A)</p> <p>- Um plano abrangente de alta em registro eletrônico, com a utilização de uma ferramenta de planejamento, combinado com apoio pós-alta pode reduzir as taxas de readmissão. (Grau A)</p>
Instituição de	Qual é a evidência		
Saúde: Alta do	paciente de um centro de		
Paciente	saúde?		

FONTE: Adaptado de LONG (20)

5.1.2.1 Prática Recomendada 1 (Grau A): *Um plano de alta hospitalar estruturado e adaptado ao paciente pode impactar positivamente em sua qualidade de vida, satisfação e estado de saúde.*

Para Castagna et. al. (2018) a qualidade de vida da criança é potencialmente afetada durante todas as fases do TCTH, incluindo o pré-transplante, durante o pós-TCTH, o isolamento e reintegração à vida fora do hospital. Assim, como preditores de qualidade de vida pré-transplante os autores apontam para a organização familiar e os recursos individuais.

O paciente pediátrico com TCTH pode sofrer múltiplas hospitalizações, que ocasionalmente duram longos períodos, a depender da gravidade das complicações. Sabe-se que o TCTH e suas conseqüências imediatas e tardias, têm impacto substancial no bem-estar físico, emocional, cognitivo e social da criança e, conseqüentemente, comprometem gravemente a qualidade de vida da mesma (CASTAGNA. et. al., 2018).

5.1.2.2 Prática Recomendada 2 (Grau A): *A Alta Hospitalar a pedido, ou seja, contra o aconselhamento médico, aumenta as chances de readmissão e gera custos subsequentes pois, não prevê o acompanhamento via contato telefônico.*

5.1.2.3 Prática Recomendada 3 (Grau A): *Um plano abrangente de alta em registro eletrônico, com a utilização de uma ferramenta de planejamento, combinado com apoio pós-alta pode reduzir as taxas de readmissão.*

As Práticas Recomendadas 2 e 3 são discutidas unificadas por tratarem de temas convergentes como acompanhamento pós alta e o impacto nas readmissões hospitalares.

Shulman et al. (2015) e Jaing et al. (2008) apontam a fragilidade do TCTH citando as taxas de readmissões, e a mortalidade relacionada às recaídas leucêmicas, e principalmente, às infecções e problemas nutricionais. Os autores enfatizam que os

pacientes em pós-TCTH devem ser compreendidos como críticos, e assim, a readmissão hospitalar passa a ser uma possibilidade constante, principalmente nos seis primeiros meses após o procedimento.

Os efeitos adversos tardios após o transplante pediátrico são comuns, e requerem um estreito monitoramento que deve ser feito em colaboração com o pediatra dos cuidados primários e oncologista (JESUDAS et al., 2013).

Rauenzahn et al. (2014) demonstraram que o tipo de transplante alogênico é o que apresenta maior capacidade curativa por atingir múltiplas doenças hematológicas. Entretanto, apresenta maiores comorbidades relacionadas ao pós-TCTH e taxas de readmissão hospitalar. Estudos em TCTH apontam que o período crítico de readmissões hospitalares contempla os dois primeiros meses, contudo, as readmissões refletirão o tempo distinto de recuperação imunológica.

É sabido que a imunidade inata e as barreiras epiteliais, e as células do sistema imunológico (Monócitos, Granulócitos e Macrófagos) precisam de semanas para se recuperarem. Já os Linfócitos B retomam sua função após um período de meses. Contudo, os Linfócitos T podem levar anos para atingir sua normalidade após TCTH (BEJANYAN ET AL., 2012; RAUENZAHN ET AL., 2014)

Na pesquisa de Rodrigues et al. (2015), desenvolvida em um hospital de ensino de grande porte, que é referência para o TCTH para o estado do Paraná e Brasil, a proporção de readmissão foi 34,8%, e aconteceram no período compreendido entre a alta hospitalar e os 100 dias após o transplante. Resultados similares aos encontrados por Rauenzahn et al. (2014), com aproximadamente 38%.

O preparo de alta hospitalar de TCTH deve ser iniciado precocemente, anterior ao internamento, para otimizar o planejamento dos recursos. Este pede contínua educação em saúde, pois considera que o paciente (e no caso pediátrico a família e responsáveis) necessitarão de uma grande quantidade de informações sobre o tratamento e acompanhamento, antes e no momento da alta (NIESS, 2013; ZATONI et al. 2017).

Assim, optou-se por discuti-lo especificamente na análise do SE “Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta”. Contudo, destaca-se a forte recomendação de um plano abrangente de alta hospitalar, individualizado, combinado com apoio pós

alta, que pode se dar mediante contatos telefônicos, como contribuinte na redução de taxas de readmissões hospitalares.

5.1.3 Sumário de evidências “Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta”

QUADRO 7- ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS: ALTA”

TÍTULO	QUESTÃO NORTEADORA	CARACTERÍSTICA DAS EVIDÊNCIAS	RECOMENDAÇÃO MELHOR PRÁTICA SELECIONADA
<p>Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta</p>	<p>Qual é a melhor evidência em relação às complicações dos pacientes hematológicos após o transplante de células-tronco hematopoéticas e à sua preparação para a alta hospitalar?</p>	<p>1. Em estudo de intervenção de enfermagem e práticas avançadas para o preparo da alta de 141 receptores de TCTH emergiram as seguintes implicações de enfermagem: (Nível 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrução oportuna e personalizada ao paciente e cuidador, e compreensão dos requisitos físicos, psicológicas, sociais e espirituais do pós-transplante; - O início do preparo de alta deve ser coordenado entre os profissionais de saúde para responder às preocupações sociais pós-transplante e, à gestão de comorbidades; - É uma tarefa desafiadora. Identificar conteúdos informativos relevantes com competência, para a necessária instrução de pré-alta, bem como, adaptá-las às perguntas iniciadas pelo paciente e pelo cuidador. <p>2. Profilaxia antibiótica sistêmica reduz a incidência de infecção em receptores de CTHT, mas não tem um impacto significativo sobre mortalidade. (Nível 1)</p> <p>3. Estudo comparativo da segurança do tratamento de crianças e adolescentes em domicílio e em hospital, durante a fase de neutropenia após TCTH alogênico, concluiu que o tratamento doméstico nesta fase é seguro porque: (Nível 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não houve diferença significativa na incidência cumulativa de DECH aguda graus II-IV entre os grupos; - DECH crônica e probabilidade de recaída foram semelhantes nos dois grupos; - Mortalidade após 5 anos do transplante nos pacientes em cuidados domiciliares e nos controles foi de 11% e 18%, respectivamente; - Sobrevida global em três anos foi de 77% para o grupo em domicílio e 62%, para o grupo controle. Nenhum dos pacientes morreu em casa. 	<p>- Embora haja desenvolvimento do cuidado e das medicações, o TCTH ainda é um procedimento de alto risco que implica em possíveis complicações. (Grau B)</p> <ul style="list-style-type: none"> - É necessário um contínuo processo de educação em saúde para pacientes com TCTH, com planejamento oportuno e personalizado do instrutivo de pré-alta, considerando que estar em domicílio é uma condição protetora para o mesmo. (Grau B)

FONTE: Adaptado de KYAWT (2016).

5.1.3.1 Prática Recomendada 1 (Grau B): *Embora haja desenvolvimento do cuidado e das medicações, o TCTH ainda é um procedimento de alto risco que implica em possíveis complicações.*

Independente do diagnóstico, as complicações tardias pós-TCTH em crianças podem ser divididas em complicações endocrinológicas, cardiovasculares, gastrointestinais, pulmonares, neurocognitivas, oculares e renais. Assim, os efeitos colaterais tardios e complicações incluem: imunossupressão crônica e infecções; DECH crônica; bronquiolite obliterante; disfunção endócrina; catarata; recorrência da doença; e neoplasias secundárias (KENYON et. al. 2018)

O sistema endócrino durante a infância é altamente suscetível a danos por altas doses de quimioterapia e / ou irradiação antes do TCTH, o que provoca a insuficiência do hormônio tireoidiano, que é uma das sequelas tardias mais comuns do TCTH, mais frequente em crianças mais novas. A deficiência na produção de hormônio do crescimento pela hipófise é um problema de preocupação única para a população pediátrica (KENYON, et. al., 2018).

O estudo de Majhail et. al. (2012) fornece recomendações para o diagnóstico precoce e práticas para prevenção de complicações, aos sobreviventes para adultos e crianças de TCH autólogo e alogênico, considerando as mudanças nas práticas de transplante e a aplicabilidade internacional destas recomendações. Foi elaborado por grupo de especialistas de várias associações que contribuem mundialmente com a pesquisa em TCTH, devido à valorização da necessidade de orientações sobre o acompanhamento apropriado e sistemático dos sobreviventes de TCTH a longo prazo. As orientações propostas têm foco nos riscos para crianças e adultos que tenham sobrevivido seis meses ou mais, e aborda de forma ampla: as complicações infecciosas tardias do transplante; as recomendações para imunizações pós-transplante; e recomendações segundo exposições / fatores de risco para crianças que receberam irradiação corporal total, e com DECH crônica.

Os pacientes que são imunocomprometidos devem ser orientados sobre seu estado de imunidade, alertados sobre os sintomas de infecção, e aconselhados a procurar atenção médica precoce quando apresentarem sintomas (MAJHAIL et. al., 2012). Van der Linden et al. (2018), apresentam os sinais e sintomas no pós-TCTH imediato, que devem ser destacados aos pacientes e cuidadores, são eles:

- Febre (temperatura acima de 38,5 °C);
- Calafrios;
- Sangue nas fezes ou urina;
- Hemorragia nasal;
- Hematomas (sem bater);
- Dificuldade de mover os braços e/ou pernas;
- Repentina de falta de ar;
- Vômitos persistentes e constantes;
- Diarreia persistente;
- Nova/súbita erupção cutânea.

Entretanto, na prática do serviço de TCTH no qual se pretende a aplicabilidade destas evidências, o parâmetro de temperatura corporal para febre é a partir de 38°C, diferente do adotado pela publicação europeia.

5.1.3.2 Prática Recomendada 2 (Grau B): É necessário um contínuo processo de educação em saúde para pacientes com TCTH, com planejamento oportuno e personalizado do instrutivo de pré-alta, considerando que estar em domicílio é uma condição protetora para o mesmo.

Diferentes autores corroboram com a recomendação de que a educação para alta deve ser iniciada 'cedo' para otimizar o planejamento e recursos. Dentre as recomendações identificam-se que o processo educativo/orientativo inclua membros da família e outras pessoas que possam ser apoio em outras situações. Considera-se que os papéis familiares podem mudar ao longo do processo de transplante, bem como, o paciente requerer alteração dos níveis de apoio, e nestes aspectos também o planejamento deve prever ações de ajustes. Sugerem ainda a melhor preparação de educação pré-transplante e admissional, com vistas ao atendimento das necessidades pós-transplante (NIESS, 2013; COOKE, GRANT e GEMMIL, 2012)

Por consequência do elevado nível de ansiedade dos pacientes e cuidadores, as informações devem ser apresentadas de maneira clara, reforçada e repetidas com frequência durante a internação. A interação entre a equipe multiprofissional e os cuidadores permite o esclarecimento das dúvidas desde a admissão hospitalar, assim

como a adesão ao tratamento, auxiliando os cuidadores familiares na prestação dos cuidados em ambiente domiciliar (ZATONI, et. al., 2017; NIESS, 2013)

Sobre a educação pré-alta, Niess (2013) destaca que as informações fornecidas devem incluir o risco de infecção, práticas para prevenir a infecção, as expectativas de atividade física, restrições e administração de medicamentos. Ademais, informações sobre as necessidades nutricionais diárias para combater a fadiga, a possibilidade de DECH e complicações a longo prazo, devem ser abordadas.

Cooke, Grant e Gemmil (2012) consideram que os enfermeiros de transplantes precisam incorporar doenças comórbidas e o manejo adequado dos sintomas no Plano de Alta e fornecer instruções abrangentes.

Niess (2013) e Majhail et. al. (2012) reforçam que um plano de seguimento a longo prazo deve ser delineado para o doente e sua família, a fim de facilitar a transição de pacientes transplantado de uma fase de cuidados pós-transplante para outra, e fornecer aos pacientes um Plano de Alta que inclua um resumo do tratamento e o acompanhamento. Este documento pode servir para lembrar a equipe sobre a vigilância adequada das complicações tardias baseadas nos fatores de risco individuais e exposição de cada paciente. Como também para os pacientes sob risco de recaída tardia, o Plano de Alta deve incluir também o acompanhamento pertinente à doença para a qual o transplante foi realizado (MAJHAIL et. al., 2012).

5.1.4 Sumário de evidências “Higiene Paciente: Gestão”

QUADRO 8- ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “HIGIENE PACIENTE: GESTÃO”

TÍTULO	QUESTÃO NORTEADORA	CARACTERÍSTICA DA EVIDÊNCIA		RECOMENDAÇÃO	
		MELHOR	PRÁTICA SELECIONADA	MELHOR	PRÁTICA SELECIONADA
Higiene	Quais são as evidências sobre o gerenciamento da higiene do paciente?	<p>Administração de higiene refere-se ao cuidado de enfermagem de um paciente para a garantia de bom estado de higiene.</p> <p>Os estudos estão subdivididos em 4 áreas de higiene pessoal.</p> <p>✓ Higiene das mãos</p> <p>A equipe requer educação em relação à higiene das mãos do paciente além da sua própria. (Nível 4)</p> <p>A equipe médica e de enfermagem deve ser um modelo positivo para os pacientes em relação à lavagem das mãos. (Nível 4)</p> <p>Se os pacientes precisarem pedir ajuda para lavar as mãos é um sinal de uma má prática de higiene no hospital. (Nível 4)</p> <p>✓ Barbear</p> <p>✓ Lavar o cabelo</p> <p>✓ Higiene oral</p> <p>Um Ensaio Clínico Randomizado não encontrou diferença significativa na eficácia das três diferentes intervenções de higiene bucal sobre a prevalência ou contagens viáveis de patógenos oportunistas orais. Intervenções: a. instrução de higiene oral (OHI) apenas; b. OHI e clorexidina a 0,2% em bochecho duas vezes ao dia; 3. OHI e 0,2% clorexidina juntos na boca e enxaguar duas vezes ao dia, com auxílio na escovação duas vezes por semana. (Nível 1)</p>	<p>É necessário que os profissionais sejam orientados para a gestão da higiene do paciente, de maneira a implementar proativamente intervenções para melhorar e garantir um nível adequado de higiene pessoal do paciente. (Grau B)</p> <p>- Esforços para aumentar a higienização das mãos não devem ser direcionados apenas aos profissionais de saúde, mas também aos pacientes os quais devem ser encorajados e lembrados para a frequente realização da higiene das mãos. (Grau B)</p>		

FONTE: Adaptado de FONG (2018)

5.1.4.1 Prática Recomendada 1 (Grau B): *É necessário que os profissionais sejam orientados para a gestão da higiene do paciente, de maneira a implementar pro-ativamente intervenções para melhorar e garantir um nível adequado de higiene pessoal do paciente.*

Para Murray et al. (2018) a higiene pessoal é um aspecto fundamental para o paciente submetido ao TCTH, representa a maneira mais eficaz de reduzir as infecções causadas por organismos endógenos.

Vários centros são apoiados por meios audiovisuais e folhetos informativos para reforçar as informações fornecidas pela enfermeira, oferecendo indicações precisas, capazes de explicar com consideração e sensibilidade como fazer a higiene pessoal, incidindo na esfera íntima do indivíduo (Murray et al. 2018; DYKEWICZ, 2001).

Os hábitos de higiene, principalmente com a criança, podem alterar durante a história da doença e tratamento, os cuidados precisam ser revistos e reforçados positivamente no período de tratamento e suporte até o TCTH.

Desde o diagnóstico da doença até o transplante, os hábitos de saúde e cuidados com a criança, são por vezes, subjugados pelos profissionais da saúde, no que tange a qualidade e a comunicação das necessidades. Durante a avaliação inicial pré-TMO é necessária a observação e indagação de hábitos que possam não ser recomendados para o período do transplante.

5.1.4.2 Prática Recomendada 2 (Grau B): *Esforços para aumentar a higienização das mãos não devem ser direcionados apenas aos profissionais de saúde, mas também aos pacientes os quais devem ser encorajados e lembrados para a frequente realização da higiene das mãos.*

Os receptores de TCTH devem ser encorajados a praticar uma boa higiene das mãos em diversos momentos. As mãos devem ser lavadas com sabão antimicrobiano e água (DYKEWICZ. 2001)

Murray et. al., (2018) reiteram que se deve reforçar aos pacientes, pais/cuidadores os momentos de lavagem das mãos, a qual é indispensável durante todo o processo de transplante, e considera como principais momentos de higiene das mãos em ambiente domiciliar os seguintes:

- ✓ antes de comer;
- ✓ antes e depois da preparação da refeição;
- ✓ antes e depois de manusear animais de estimação;
- ✓ após espirrar ou tossir;
- ✓ após o uso do banheiro;
- ✓ antes de tomar o comprimido oral;
- ✓ depois de tocar roupa suja,
- ✓ depois de atividades ao ar livre;

5.1.5 Sumário de evidências “Doença Do Enxerto Contra Hospedeiro: Transplante De Células Tronco Hematopoéticas”

QUADRO 9- ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “DOENÇA DO ENXERTO CONTRA HOSPEDEIRO: TCTH

TÍTULO	QUESTÃO NORTEADORA	CARACTERÍSTICA DA EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO MELHOR PRÁTICA SELECIONADA
Doença do Enxerto contra Hospedeiro:	Qual é a melhor evidência disponível em relação à DECH em pacientes pós TCTH?	<p>Características Clínicas</p> <p>A DECH crônica na forma clássica, ou uma síndrome de sobreposição, é a principal causa de morte tardia não recidivante, após o TCTH. (Nível 5)</p> <p>Diagnóstico e Caracterização</p> <p>A DECH aguda: classicamente ocorre em 100 dias após o transplante, é persistente / recorrente; é DECH aguda tardia a que ocorre após 100 dias, durante a retirada da supressão imune.</p> <p>A DECH crônica: clássica (sem características de DECH aguda);</p> <p>Há uma síndrome de sobreposição, na qual as características de diagnóstico de DECH crônica e aguda aparecem juntas. (Nível 4)</p> <p>Prevenção e Tratamento</p> <p>Cuidados de Apoio</p> <p>Pacientes e cuidadores devem receber vacinas contra influenza, e o tratamento com inibidores da neuraminidase é recomendado no caso de infecção por influenza; devem também receber fluconazol profilático contra infecções fúngicas. (Nível 5)</p> <p>Os locais de cateter venoso central devem ser avaliados regularmente e iniciado o tratamento precoce se suspeita de infecção. (Nível 5)</p> <p>O tratamento imunossupressor crônico tem efeitos tóxicos: diabetes, fraqueza muscular, osteoporose, necroses. Recomenda-se a monitorização frequente da glicemia e o rastreio da densidade óssea.</p> <p>O o tratamento inclui insulina, cálcio, vitamina D e bifosfonatos(Nível 4)</p>	<p>- O tratamento de suporte é vital para pacientes com DECH aguda e crônica. Tais cuidados incluem profilaxia extensiva contra infecções com intervenções precoces em casos de suspeita de infecções; e profilaxia contra efeitos colaterais não infecciosos de drogas; e profilaxia das condições associadas aos regimes imunossupressores prolongados com a utilização de esteroides, a longo prazo. (Grau B)</p> <p>- No pós-TCTH um regime imunossupressor eficaz deve ser implementado para fornecer proteção contra a DECH aguda. A terapia de combinação utilizando tacrolimus e o metotrexato pode fornecer uma proteção superior a ciclosporina e metotrexato. (Grau B)</p>

FONTE: Adaptado de SLADE (2016)

5.1.5.1 Prática Recomendada 1 (Grau B): *O tratamento de suporte é vital para pacientes com DECH aguda e crônica. Tais cuidados incluem profilaxia extensiva contra infecções com intervenções precoces em casos de suspeita de infecções; profilaxia contra efeitos colaterais não infecciosos de drogas; e profilaxia das condições associadas aos regimes imunossupressores prolongados com a utilização de esteroides, a longo prazo.*

A principal complicação do transplante é a Doença Enxerto contra Hospedeiro (DECH), que se caracteriza por um distúrbio imunológico originário da resposta das células T do doador, às proteínas geneticamente definidas nas células hospedeiras. (HLA). A frequência de DECH está diretamente relacionada com o grau de incompatibilidade entre as proteínas de HLA entre os doadores e receptores. (SLADE, 2016)

Pode afetar diversos sistemas e órgãos. Geralmente se inicia na mucosa oral, em seguida, aparecem características patológicas na pele, no trato gastrointestinal, fígado e pulmões. Contudo, ao contrário da DECH aguda, que envolve pele, fígado, e trato gastrointestinal, a DECH crônica pode envolver quase todos os órgãos do corpo e leva a significativa morbidade, diminuição da qualidade de vida e da sobrevida global (MURRAY et.al. 2018).

Em comparação com os sobreviventes de câncer infantil que não foram submetidos a transplante, os sobreviventes do TCTH apresentaram substancialmente maior a carga de condições crônicas graves e deficiências envolvendo todos os órgãos. Uma história de DECH aguda ou presença de DECH crônica contribui para aumentar as complicações a longo prazo nos sobreviventes de transplante pediátrico (MURRAY et.al. 2018; BAIRD, COOKE, SCHUTZ ., 2010)

A gestão e o cuidado de enfermagem para as crianças com DECH são complexos e exigem habilidades e conhecimentos especializados, bem como ajuste à criança e à sua necessidade de desenvolvimento. Pacientes e familiares, que inicialmente sentiram grande alívio ao serem curados de sua doença primária, agora enfrentam o desafio de uma doença crônica devastadora, para a qual estratégias preventivas e de tratamento são sub-ótimas e, o tratamento e apoio das crianças e

suas famílias, requerem um atendimento de equipe multidisciplinar capaz de atender a todas as suas necessidades de maneira bastante abrangente (BAIRD, COOKE, SCHUTZ, 2010).

Baird, Cooke, Schutz (2010) reforçam que além dos tratamentos sistêmicos, muitas vezes há técnicas de manejo tópico, bem como cuidados gerais que os enfermeiros podem oferecer aos pacientes. Esses promovem alívio dos sintomas frequentemente problemáticos da DECH. Tais medidas de suporte devem ser direcionadas para cada manifestação específica do órgão afetado. Além disto, os pacientes devem ser cuidadosamente monitorizados para sinais e sintomas neurológicas e disfunção psicológica, podendo ter benefícios no tratamento com antidepressivos tricíclicos, inibidores seletivos da recaptação de serotonina ou anticonvulsivos para depressão, dor, ou síndromes neuropáticas.

5.1.5.2 Prática Recomendada 2 (Grau B): No pós-TCTH um regime imunossupressor eficaz deve ser implementado para fornecer proteção contra a DECH aguda. A terapia de combinação utilizando tacrolimus e o metotrexato pode fornecer uma proteção superior a ciclosporina e metotrexato.

A principal ênfase para a DECH crônica tem sido a prevenção, pois os resultados com o tratamento são incômodos. A maioria dos Centros utiliza a combinação de um inibidor da calcineurina (ciclosporina ou tacrolimus) com metotrexato de curta duração. O tratamento da DECH crônica em pediatria é altamente variável, não existe uma terapia padrão comprovada, prednisolona e ciclosporina são comumente utilizados como terapia de primeira linha. Como os esteróides continuam sendo a base da terapia, suas conseqüências em uso prolongado em crianças são bem descritas, principalmente os efeitos prejudiciais a longo prazo sobre o crescimento e a densidade óssea, os quais persistem mesmo após a suspensão da terapia (MURRAY et.al. 2018).

5.1.6 Sumário de evidências “Pacientes Imunocomprometidos: Flores e Plantas”

QUADRO 10- ANÁLISE SUMÁRIO DE EVIDÊNCIA JBI® “PACIENTES IMUNOCOMPROMETIDOS: FLORES E PLANTAS”

TÍTULO	QUESTÃO NORTEADORA	CARACTERÍSTICA DA EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO MELHOR PRÁTICA SELECIONADA
	<p>Qual é a melhor evidência disponível sobre a presença de flores e plantas vizinhança de pacientes imunocomprometidos?</p> <p>Pacientes</p> <p>Imunocomprometidos:</p> <p>Flores e Plantas</p>	<p>1. Autores concluíram que vasos de plantas contaminados com <i>Aspergillus terreus</i>, encontrados nas proximidades de pacientes suscetíveis, eram a fonte mais provável de infecção em quatro de nove pacientes pesquisados. E fontes reconhecidas de infecção fúngica não devem ser permitidas em enfermarias de pacientes de alto risco. (Nível 3)</p> <p>2. Diretrizes de CCIH para receptores de TCTH afirmam que “a exposição a plantas e flores não foi conclusivamente comprovada como causadora de infecções fúngicas em receptores de TCTH”. Entretanto, especialistas recomendam fortemente que plantas e flores secas e frescas não sejam permitidas nos quartos de receptores de TCTH, devido <i>Aspergillus spp.</i> ter sido isolado no solo de vasos de plantas ornamentais e, na superfície de arranjos de flores secas e flores frescas. (Nível 5)</p>	<p>O solo dos vasos de plantas provavelmente contém patógenos bacterianos ou fúngicos que podem apresentar risco de infecção para imunocomprometidos. É prudente ter cautela e evitar a presença de flores e plantas próximas de pacientes imunocomprometidos. (Grau B)</p>

FONTE: Adaptado de FONG (2016).

5.1.6.1 Prática Recomendada 1 (Grau B): *O solo dos vasos de plantas provavelmente contenha patógenos, bacterianos ou fúngicos, que podem apresentar risco de infecção para imunocomprometidos. É prudente ter cautela e evitar a presença de flores e plantas próximas de pacientes imunocomprometidos.*

Esta recomendação encontra-se em consonância com as orientação descrita por Murray et al. (2018) que proíbem a manutenção nos quartos de flores frescas e/ou plantas secas e em vasos. Embora não tenham havido casos confirmados de infecção hospitalar com origem em flores ou plantas, e assim ser improvável que a exposição a plantas cause infecções fúngicas invasivas em pacientes submetidos a TCTH, recomenda-se que plantas e flores secas ou frescas não entrem no ambiente do transplantado durante a hospitalização, incluindo a fase de condicionamento, devido o *Aspergillus* sp. isolado em plantas ornamentais e flores. Bem como, verificou-se uma elevada proporção de bactérias gram-negativas na água do vaso de flores cortadas.

Já em ambientes domésticos o autores Van der Linden et al. (2018) permitem a permanência das mesmas, desde que sejam feitas regularmente a troca da água das flores, respeitando a forma de contato e manipulação adequados dos pacientes imnodeprimidos, e com uso de ferramentas de jardinagem e luvas domésticas.

5.2 JBI PRÁTICAS RECOMENDADAS

Esta subseção dos resultados refere e se alinha aos resultados dos SE e pode ser usada para informar a prática. As implicações incluídas nas categorias de recomendação da JBI[®] são publicadas após o envio e revisão do banco de dados JBI[®] de Revisões Sistemáticas e relatórios de implementação (PETERS, et. al., 2017).

O Quadro 11 apresenta as práticas selecionadas dos SE, destas, 3 continham a JBI[®] Práticas Recomendadas, durante a seleção; e exclui-se a prática de “Gestão de Higiene”, por conter informações restritas ao ambiente hospitalar

QUADRO 11- CARACTERIZAÇÃO DE JBI® PRÁTICAS RECOMENDADAS SELECIONADAS

PRÁTICAS RECOMENDADAS	ANO DE PUBLICAÇÃO	TEMA/ SESSÃO
Paciente: Alta do Hospital	11 Jan 2016	Cuidados com o Câncer, Doença Crônica, Saúde Comunitária, Emergência e Traumatismos, Medicina Geral, Gestão e Avaliação em Saúde, Obstetrícia, Terapia Ocupacional, Reabilitação, Serviços Cirúrgicos
Doença do Enxerto versus Hospedeiro: Cuidados de Suporte	20 Jan 2017	Cuidados com o Câncer

FONTE: A autora (2018).

Nos Quadros 12 e 13 são detalhadas as JBI® Práticas Recomendadas com o intuito de extrair os conteúdos pertinentes para o desenvolvimento da Tecnologia Educacional.

QUADRO 12- ANÁLISE JBI® PRÁTICA RECOMENDADA “ PACIENTE ALTA DO HOSPITAL ”

TÍTULO	RECOMENDAÇÃO MELHOR PRÁTICA
	<p data-bbox="268 143 352 1995">A preparação para a alta do paciente deve começar logo após a admissão. Antes da confirmação da data de alta, as necessidades do paciente são avaliadas com base nos seguintes critérios:</p> <ul data-bbox="379 143 911 1995" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="379 143 464 1995">✓ O nível de compreensão do paciente e da família ou cuidador sobre a condição clínica do paciente e o motivo da hospitalização. <li data-bbox="491 143 523 1995">✓ Questões relacionadas à idade. <li data-bbox="550 143 582 1995">✓ Limitações físicas e/ou cognitivas. <li data-bbox="609 143 641 1995">✓ Estado emocional e mental. <p data-bbox="667 143 699 1995">Paciente: ✓ Nível e período de necessidades de cuidados pós-hospitalares (por ex., aguda, intermediária, longo prazo).</p> <p data-bbox="724 143 756 1995">Alta do ✓ Impacto da doença no paciente, no estilo de vida da família, ou de outro cuidador, e intervenções necessárias.</p> <p data-bbox="782 143 857 1995">Hospital ✓ Disponibilidade de familiares ou cuidador para ajudar no atendimento às necessidades de cuidados do paciente em domicílio.</p> <ul data-bbox="884 143 916 1995" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="884 143 916 1995">✓ Necessidade de equipamento especial, suprimentos ou medicação. <p data-bbox="941 143 973 1995">ENFERMEIRAS devem:</p> <ul data-bbox="1000 143 1297 1995" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1000 143 1032 1995">✓ Garantir que todo a orientação e processo educativo necessário ao paciente tenha ocorrido antes da alta; <li data-bbox="1059 143 1091 1995">✓ Confirmar o agendamento de uma consulta de acompanhamento; <li data-bbox="1118 143 1297 1995">✓ Fornecer ao paciente e à família/cuidador um instrumento com instruções de alta, sobre os tratamentos prescritos, os medicamentos (incluindo interações de alimentos/medicamentos), o plano de nutrição, o nível de atividade, e as consultas agendadas de acompanhamento. Ressaltam-se que todas as instruções escritas e prescrições devem estar em linguagem simples.

- ✓ Peça ao paciente e à família / cuidador para verbalizar o seu entendimento das instruções de alta e dar uma demonstração de quaisquer procedimentos de cuidados; após deve pedir ao paciente ou família/cuidador que assine a ficha de instrução de alta, atestando o recebimento das informações.
- ✓ Documentar as orientações educativas no prontuário do paciente.
- ✓ Fazer quaisquer encaminhamentos necessários para assistência em agências comunitárias, e aconselhar o paciente a contatá-los. Dê ao paciente ou cuidador responsável uma cópia dos encaminhamentos feitos, incluindo endereço e número de telefone.
- ✓ Fornecer ao paciente/família as orientações sobre medicamentos, equipamentos médicos e procedimentos terapêuticos a serem realizados em domicílio.
- ✓ Fazer as recomendações necessárias para a fisioterapia de acompanhamento, por ex., ambulatório, saúde domiciliar, reabilitação, instalação de enfermagem especializada, intervenção precoce ou programas de terapia baseados na escola.
- ✓ Instruir paciente/família /cuidador sobre nutrição e quaisquer modificações dietéticas, conforme indicado.

FONTE: Adaptada de THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2016).

QUADRO 13- ANÁLISE JBI® PRÁTICA RECOMENDADA "DOENÇA DO ENXERTO VERSUS HOSPEDEIRO: CUIDADOS DE SUPORTE"

TÍTULO	EQUIPAMENTOS	RECOMENDAÇÃO MELHOR PRÁTICA
<p>Doença do enxerto versus hospedeiro: Cuidados de suporte</p>	<p>Anotações do paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Resultados laboratoriais ✓ Corticosteróides, conforme necessário ✓ Pontuação dos órgãos da doença do enxerto contra o hospedeiro 	<p>A avaliação oportuna e precisa dos sintomas apresentados é crucial para o tratamento da DECH.</p> <p>O gerenciamento de enfermagem deve se concentrar em educar os clientes e familiares sobre os sinais e sintomas da DECH.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pele: <p>Cremses esteróides tópicos podem ser usados.</p> <p>Mantenha a integridade da pele com loções, cremes e/ou barreiras de umidade.</p> <p>Cuidados com feridas em áreas abertas ou com bolhas.</p> <p>Educar os pacientes e cuidadores sobre a exposição ao sol ativando a DECH crônica e a necessidade de limitar a exposição e usar protetor solar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fígado: <p>Uso cauteloso de medicamentos hepatotóxicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trato Gastrointestinal: <p>Monitore diarreia, vômito, anorexia, dor abdominal ou uma combinação quando for grave.</p> <p>Cuidado retal consistindo em limpeza após cada evacuação e uso de creme de barreira à umidade.</p>

FONTE: Adaptada de THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE (2017).

6 DESENVOLVIMENTO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Como produto final desta dissertação é apresentado a composição informativa da Tecnologia Educacional para a Prática Baseada em Evidências, desenvolvida para subsidiar a alta orientada por Enfermeiras do Serviço de Transplante de Medula Óssea, de um hospital de ensino federal. A mesma é apresentada aos Enfermeiros, explanada a sua aplicabilidade e, sua estruturação com base na tradução do conhecimento, que foi veiculado pela Plataforma JBI®, mediante a ferramenta CONNECT+, com base nas melhores e atuais evidências clínicas para a prática profissional.

A publicação da sociedade *European Society for Blood and Marrow Transplantation* (Sociedade Europeia de Transplante de Sangue e Medula Óssea -EBMT), foi utilizado como material complementar para o desenvolvimento desta tecnologia. É a publicação mais atual e completa para a Enfermagem no período deste estudo.

Assim, os resultados das pesquisas poderão ser aplicados na prática, auxiliando a formulação Planos de Alta e de outras intervenções para o processo de alta da criança após TCTH.

Logo após a defesa deste trabalho dissertativo, a Tecnologia Educacional será confeccionada por meio de Cartaz Educativo, colorido, impresso e plastificado, e será apresentado para os gestores, médicos e de enfermagem, e alocado em local de fácil visibilidade, para permitir o seu uso e discussão, junto a equipe multiprofissional.

O modelo descritivo e de formatação do mesmo é apresentado abaixo, e ficará em avaliação pela equipe usuária por um mês, após o qual serão recolhidas as sugestões para ajustes e adequações ao serviço e, serão confeccionados novos Cartazes Educativos para serem aplicado na Alta Hospitalar do paciente pediátrico submetido ao TCTH.

ALTA HOSPITALAR DE CRIANÇAS SUBMETIDAS AO TCTH: TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O conteúdo deste material está baseado na melhor evidência clínica disponível na Plataforma do *Joanna Briggs Institute*, como subsídio para os educadores em saúde realizarem orientações no processo de preparo para alta da criança.

ALTA HOSPITALAR

- Um plano abrangente de alta combinado com apoio pós-alta provavelmente reduzirá as taxas de readmissão. (Grau A)
- É necessária uma instrução de pré-alta oportuna e personalizada para pacientes com transplante de células-tronco hematopoiéticas. (Grau B)
- Os profissionais de saúde devem procurar estabelecer uma relação de confiança com os pais através de uma comunicação eficaz e ouvindo as suas preocupações em relação à sua criança e deve adaptar o cuidado de atender às necessidades individuais de famílias. (Grau A).

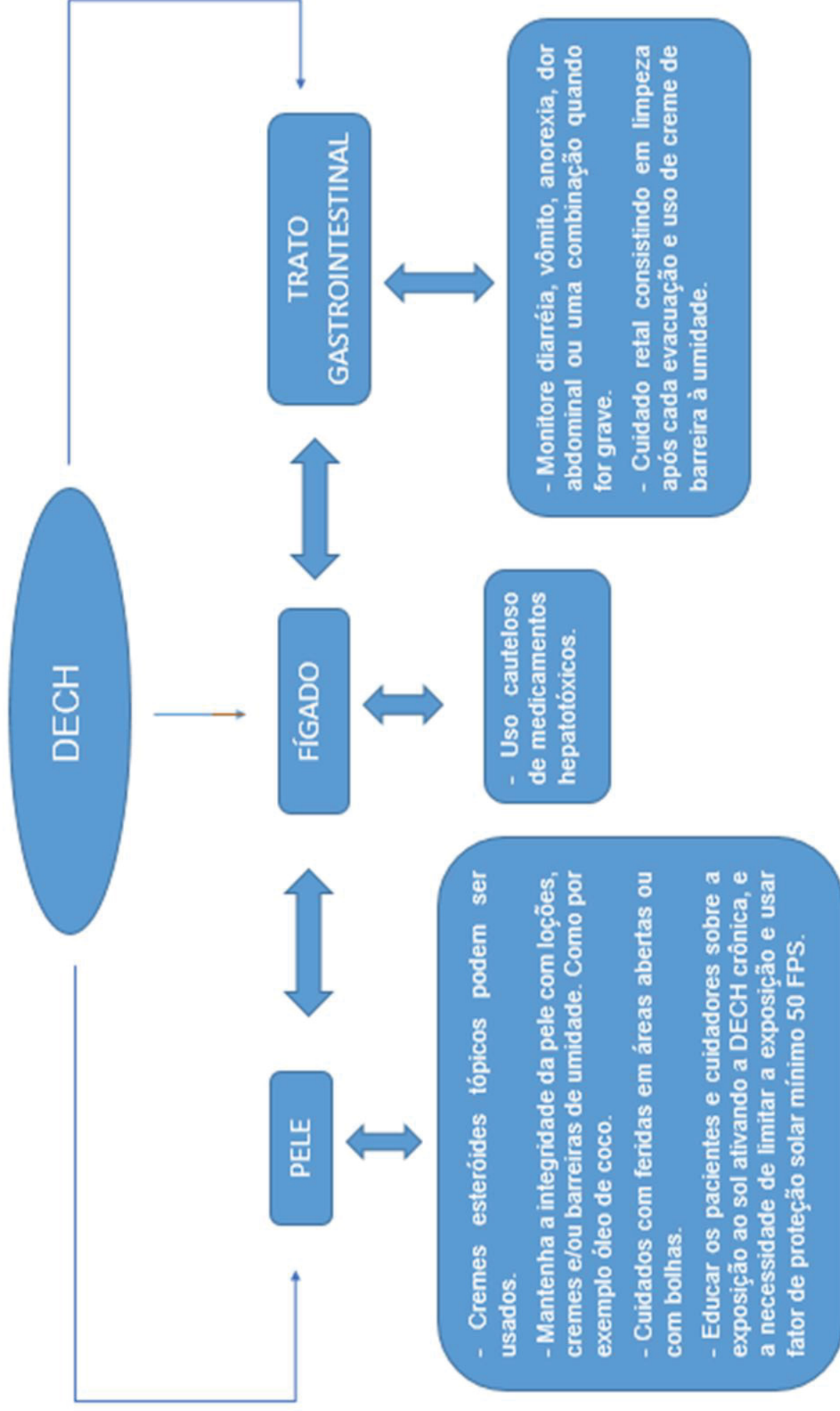
HIGIENE PESSOAL/ AMBIENTE

- Esforços para aumentar a higienização das mãos devem ser direcionados aos profissionais de saúde, aos pacientes, estes devem ser encorajados a realizar a higienização frequente das mãos. (Grau B)
- O solo dos vasos de flores e plantas provavelmente contém patógenos bacterianos ou fúngicos que podem apresentar risco de infecção para imunocomprometidos. Pode ser prudente ter cautela e evitar a presença destes próximos aos pacientes imunocomprometidos. (Grau B)

DECH

- Embora técnicas avançadas e medicação sejam alcançadas, o transplante de células-tronco hematopoiéticas continua sendo um procedimento perigoso com muitas complicações possíveis. (Grau B)

JBI® PRÁTICAS RECOMENDADAS PARA PACIENTES PÓS TCTH



7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste estudo é inovadora devido aplicar as práticas baseadas em evidências para a formatação de uma tecnologia educacional, no formato de um Cartaz Educativo. E, ainda também por subsidiar tecnologicamente os enfermeiros para orientações de crianças e pais/cuidadores no processo contínuo do preparo para a Alta Hospitalar após o TCTH.

Caráter inovador que se deve à utilização da Ferramenta CONNECT+ do Instituto Joanna Briggs®, mediante a qual se obtiveram os documentos no formato de Sumários de Evidências e de Práticas Recomendadas com base em evidências. Este material utilizado veicula resultados de 55 publicações científicas advindas de Revisões Sistemáticas (com e sem Metanálise), de Ensaio Clínicos Randomizados, de Estudos Observacionais, Transversais, de Coorte, Clínicos, de Guidelines, de Opinião de Especialistas, dentre outros.

Após a análise e organização das informações se concluiu com a proposição de Cartaz Educativo, que preza pelas informações assertivas aplicadas para rápida assimilação e, divulgação por parte da equipe de saúde, sobretudo da enfermagem.

Todas as orientações oferecidas com base na Tecnologia Educacional deverão ser personalizadas, mesmo que se tenham recomendações abrangentes é objetivado que a sua aplicação seja ajustada às possibilidades de cada criança/família/responsável cumpri-las ou aderi-las. Frente às evidências é reiterada a necessidade contínua do apoio familiar, mediante o cuidado de saúde centrado na família/criança. Há necessidade de implementar e projetar o cuidado para cada situação, reconhecendo seus pontos fortes, com ciência das barreiras e desafios que se apresentarão na adaptação às situações e conformidades.

Para seguimento a longo prazo, é orientada a elaboração de um Plano de Cuidados Abrangente, delineado à partir das necessidades de cada criança transplantada e sua família, para que seja facilitada a transição do paciente transplantado, da fase de cuidados hospitalar para a domiciliar. Há necessidade de se ter registros eletrônicos que permitam a vigilância adequada das complicações tardias, com base em fatores de risco individuais e exposição de cada paciente.

Uma ferramenta que tem se tornado indispensável no meio social, e está crescente no meio acadêmico, é o telefone (fixo/ou móvel), a utilização deste prevê

forte impacto das ações de monitoramento e educativas. O mesmo pode ser utilizado para receber as queixas e oferecer informações relevantes condizentes, e em momento de necessidade, e pedido por apoio pelos pais/familiares/responsáveis.

Como limitadores deste estudo, se pode apontar para a inópia de evidências científicas que possam subsidiar a alta da criança após TCTH, que precipitou a necessidade de adaptação do conteúdo das evidências para a área pediátrica. Esta realidade é reforçada pelas dificuldades éticas, pessoais e profissionais para a realização de pesquisas clínicas nesta faixa etária, e devido tratar-se de área específica de criança oncológica e, com problemas hematológicos graves, que necessitam de TCTH, já circunscritas em diversas dificuldades e sentimentos, que são potenciais limitantes das atividades de pesquisa.

Dentre as evidências específicas para aplicação em TCTH apresentadas no estudo, sendo elas o Transplante de Células Tronco Hematopoéticas: Alta; Doença do Enxerto versus Hospedeiro: Transplante de Células Tronco Hematopoéticas; propiciaram a duplicidade na reflexão, como limitadoras para o alcance do objetivo desta pesquisa. Contudo, possibilita aos profissionais a visibilidade de temas úteis, ainda não explorados para o desenvolvimento de pesquisas em diversas áreas do transplante.

No contributo da PBE para a alta hospitalar pós-TCTH se observam claramente as lacunas em diversos temas de extrema relevância para os profissionais e pacientes, sendo estes: cuidados alimentares, controle e higiene do ambiente doméstico, cuidados de saúde preventivos (o uso correto de medicações, vacinas, uso de máscara de precaução de contato, isolamento social, convívio e contato pessoal e com animais domésticos).

Conclui-se que, muito embora tenham existido limitações, o objetivo deste projeto aplicado foi alcançado, dado que as recomendações práticas foram sistematizadas. E ainda, considerando serem advindas de evidências científicas poderão subsidiar as orientações de alta hospitalar das crianças submetidas ao TCTH e na sequência, mobilizar a equipe multiprofissional para o desenvolvimento de um Plano de Alta abrangente.

REFERÊNCIAS

- ANDERS, J.C. **O Transplante de Medula óssea e suas repercussões na qualidade de vida de crianças e adolescentes que o vivenciaram.** 2004. 203f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Universidade São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- ARAÚJO, D. R. **O efeito da utilização da chupeta na prevenção da síndrome de morte súbita do lactente:** uma revisão sistemática da literatura com meta-análise. 2014. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria) - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. 2014.
- AROMATARI, E.; MUNN, Z. (Eds). **Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual.** Adelaide, Aus: The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <<https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>>. Acesso em: 02 mai. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado (2008-2015). **Registro Brasileiro de Transplantes**, São Paulo, v. 21, n. 4, 2015. Disponível em: <<http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2015/anual-n-associado.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2016.
- BARBOSA, S. dos S. M. et al. Análise de custos do transplante alogênico de células-tronco hematopoiéticas: uma revisão integrativa. **Revista de pesquisa (Online): cuidado é fundamental (Online)**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1642-1654, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-733513>>. Acesso em: 06 jun 2016.
- BARNARD, A.; SANDELOWSKI, M. Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 34, n. 3, p. 367-375, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11328442>>. Acesso em: 04 Abr 2018.
- BARRA, D. C. C. et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 3, p. 422-430, 2006. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a13.htm. Acesso em 04 abr. 2018.
- BARRIGA, F. et al. Hematopoietic stem cell transplantation: clinical use and perspectives. **Biological Research**, Santiago, v. 45, n. 3, p. 307-316, 2012. Disponível em: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/bres/v45n3/art12.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2015.
- BEJANYAN, N. et al. Risk factors for 30-day hospital readmission following myeloablative allogeneic hematopoietic cell transplantation (allo-HCT). **Biology of Blood and Marrow Transplantation**, Charlottesville, VA, v. 18, n. 6, p. 874-80, jun 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22040844>>. Acesso em: 07 mai 2016.

BORGES, M. F.; TURRINI, R. N. T. Readmissão em serviço de emergência: perfil de morbidade dos pacientes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 453-461, 2011. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12252/1/2011_art_mfborges.pdf> Acesso em: 21 jul. 2016.

BAIRD, K. COOKE, K. SCHULTZ, K. R. Chronic graft-versus-host disease (GVHD) in children. **Pediatric Clinics of North America**. 2010. v.57, n. 1, p. 297–322. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2872081/> > acesso: 15 mai 2016.

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. **Prática Hospitalar**, São Paulo, v. IX, n. 49, p. 31-37, jan./fev. 2007.

BOUZAS, L. F. S. Os avanços da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 153-154, 2004. <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v26n3/v26n3a01.pdf>>. Acesso em: 02 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 200, de 15 de abril de 1997**. Dispõe sobre atuação dos profissionais de enfermagem em hemoterapia e transplante de medula óssea. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 15 abr. 1997. Disponível em: <<http://goo.gl/5TucCX>>. Acesso em: 10 set. 2015.

_____. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe Sobre a Rotina do Tratamento Fora de Domicílio no Sistema Único de Saúde – SUS**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>. Acesso em 04 abr. 2016.

_____. Portaria nº 931, de 02 de maio de 2006. **Aprova o Regulamento Técnico para Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 maio 2006. Disponível em: <<http://pegasus.fmrp.usp.br/projeto/legislacao/portaria931de020506.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Entendendo a incorporação de tecnologias em saúde no SUS: como se envolver**. Brasília: MS, 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Transplantes**. Rio de Janeiro: SNT, 2016. Disponível em: <<http://redome.inca.gov.br/paciente/onde-sao-feitos-os-transplantes-nao-aparentado/>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

CASTAGNA, A. et al. Transplantation Through the Generations. In: KENYON, M.; BABIC, A. (Eds.) **The European blood and marrow transportation textbook for nurses: under the auspices of EBMT**. Berlin: Springer, 2018. p. 135-161. Disponível em: < https://doi.org/10.1007/978-3-319-50026-3_10 > Acesso: 02 mar 2018.

CENTRO BRASILEIRO PARA O CUIDADO À SAÚDE INFORMADO POR EVIDÊNCIAS. Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs. **Objetivos**. Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem. São Paulo. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/site/index.php/paginas/mostrar/1630/2294/156>>. Acesso em: 03 mar. 2018.

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

COOKE, L.; GRANT, M.; GEMMIL, L. R. Discharge needs of allogeneic transplantation recipients. **Clinical Journal Of Oncology Nursing**, Pittsburgh, PA, v. 16, n. 4, p. 142-149, 28 Jul. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1188/12.cjon.e142-e149>>. Acesso em: 13 jan 2018.

DYKEWICZ, C. A. Hospital Infection Control in Hematopoietic Stem Cell Transplant Recipients. **Emerging Infectious Diseases**. Atlanta, vol. 7, n. 2, mar–apr. 2001. p.263-267. Disponível em: < https://wwwnc.cdc.gov/eid/pdfs/vol7no2_pdf-version.pdf> Acesso: 15 ago 2016.

ECKRICH, M.; PASQUINI, M. Hematopoietic cell transplantation in Latin America. **Hematology**, [Amsterdam], v. 17, suppl. 1, p. S189-191, Apr. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22507817>>. Acesso em: 07 jul. 2106.

EUROPIAN SOCIETY OF BLOOD MARROW TRANSPLANTATION (EBMT). **Nurses Group**. Disponível em: <<https://www.ebmt.org/nurses-group>>. Acesso em: 11 mar. 2018.

FERNANDES, J. F. Transplante de células tronco-hematopoéticas na criança. In: CARNEIRO, J. D. A. **Hematologia Pediátrica**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2013. p. 341-368.

FLIEDNER, M. C. Brief history of HSCT nursing: HSCT nursing through the ages and its evolution. In: KENYON, M.; BABIC, A.(Eds.) **The European blood and marrow transportation textbook for nurses: under the auspices of EBMT**. Berlin: Springer, 2018. p. xiii-xvii.

FONG, E. Immunocompromised patients: flowers and plants. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2016; JBI11844. Evidence Summary.

FONG, E. Patient Hygiene: Management. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2018; JBI773. Evidence Summary.

FROHNMAYER, L.; FROHNMAYER, D. **Fanconi anemia: a handbook for families and their physicians**. 3. ed. Eugene: IP/KOKE, 2000.

GALE, R. P. et al. Haematopoietic cell transplants in Latin America. **Bone Marrow**

Transplantation, Basingstoke, v. 51, n. 7, p. 898-905, Mar 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26999468>>. Acesso em: 07 mai 2016.

GOODMAN, C. S. **HTA 101: introduction to health technology assessment**. Bethesda: National Library of Medicine (US), 2014. Disponível em: <<https://www.nlm.nih.gov/nichsr/hta101/ta10103.html>> Acesso em: 10 abr. 2018.

HAMERSCHLAK, E. et al. (Ed.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea 2012**. In: Reunião de Diretrizes da Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Óssea, 2., Angra dos Reis (RJ), 4 a 6 de maio de 2012. Rio de Janeiro: SBTMO, 2012. Disponível em: <http://www.sbtmo.org.br/userfiles/fck/Diretrizes_da_Sociedade_Brasileira_de_Transplante_de_Medula_Óssea_2012_ISBN_978-85-88902-17-6.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (HC/UFPR). Serviço de Transplante de Medula Óssea. **Guiando Passos: Caderneta STMO**. Curitiba: UFPR, 2013

HSIEH, S. I. et al. Are structural characteristics of programs and hospitals associated with 100-day readmission of hematopoietic SCTs in Taiwan? **Bone Marrow Transplantation**, Basingstoke, Hampshire, v. 46, n. 9, p. 1203-9, Sep 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21113192>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Tópicos em transplante de células-tronco hematopoéticas**. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/topicos_transplantes.pdf>. Acesso em: 10 mai 2016.

JAING, T. H. et al. Evaluation of readmission in children receiving allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: an institutional experience. **Transplantation Proceedings**, New York, v. 40, n. 10, p. 3643-3645, Dec. 2008. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19100457>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

JESUDAS, R. et al. Reviewing the follow-up care of pediatric patients' status post-hematopoietic stem cell transplantation for the primary care pediatrician. **Clinical Pediatrics**. Thousand Oaks, CA, v. 52, n. 6, p. 487-95, Jun. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23564303>>. Acesso em: 19 jun. 2016

JORDAN, Z. et al. The updated JBI model for evidence-based healthcare. Adelaide, Aus.: **The Joanna Briggs Institute**, 2016. Disponível em: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf > Acesso em: 04 abr. 2018.

KENYON, M. et. al., Late Effects and Long-Term Follow-Up. In: KENYON, M.; BABIC, A.(Eds.) **The European blood and marrow transportation textbook for nurses: under the auspices of EBMT**. Berlin: Springer, 2018. p. 271- 299. Disponível em: < https://doi.org/10.1007/978-3-319-50026-3_10> Acesso: 02 mar 2018.

KIRSCH, M. et al. Patient information in stem cell transplantation from the perspective of health care professionals: a survey from the Nurses Group of the European Group for Blood and Marrow Transplantation. **Bone Marrow Transplant**, Basingstoke, Hampshire, v. 47, n. 8, p. 1131-1133, Aug. 2012.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 178-85. Disponível em :
<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea22.pdf>> Acesso em 04 abr.2016.

KYAWT, KYAWT SWE. Hematopoietic stem cell transplant: discharge. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2016; JBI8049. Evidence Summary.

LACERDA, M. R.; LIMA, J. B. G.; BARBOSA, R. Prática de enfermagem em transplante de células tronco hematopoéticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 242-250, 2007. Disponível em:
<<http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7151>>. Acesso em: 16 out. 2015.

LANDIER, W. et al. (Ed.). Patient/Family Education for Newly Diagnosed Pediatric Oncology Patients. **Journal Of Pediatric Oncology Nursing**, Thousand Oaks, Calif, v. 33, n. 6, p. 422-431, Jul. 2016. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.1177/1043454216655983>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

LEOPARDI, M. T.; WEDHAUSEN, A. L.; NIETCHE, E. A. O arcabouço instrumental do processo de trabalho em saúde: questões sobre tecnologia. **Revista Saúde e Transformação Social**, Florianópolis, v. 3, n. 3, p.17-28, 2012. Disponível em:
<http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/1883>. Acesso em 18 jun. 2018.

LIMA, K.; BERNARDINO, E. O cuidado de enfermagem em unidade de transplante de células-tronco hemotopoéticas. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 845-853, out./dez. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00845.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2015.

LISY, K. Pediatrics: family-centered care. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, JBI@Ovid. 2016; JBI14831. Evidence Summary.

LJUNGMANN, P. et al. Allogeneic and autologous transplantation for haematological diseases, solid tumours and immune disorders: current practice in Europe 2009. **Bone Marrow Transplantation**, Basingstoke, Hampshire, v. 45, p. 219-234, 2010. Disponível em: <<http://www.nature.com/bmt/journal/v45/n2/pdf/bmt2009141a.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2015.

LONG, KHANH DAO LE. Health care facility: patient discharge. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2018; JBI168. Evidence Summary.

LOPES-JÚNIOR, L. C. et al. Teoria dos sintomas desagradáveis: subsídios para o manejo de sintomas em crianças e adolescentes oncológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 109-112, set. 2015.

LORENZETTI, J. et al. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 432-439, 2012 Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2018.

MACKAY, L. J. GREGORY, D. Exploring Family-Centered Care Among Pediatric Oncology Nurses. **J Pediatr Oncol Nurs**. v. 28, n.1,p.43-52, 2011.

Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=10.1177%2F1043454210377179>>

Acesso em: 10 ago 2016.

MAJHAIL, N. S. et al. Recommended screening and preventive practices for longterm survivors after hematopoietic cell transplantation. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 109-133, 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658387612500014>>. Acesso em: 25 jun. 2016.

MARINHO, D. H. **Complicações precoces do transplante de célula tronco hematopoiética não aparentado em pacientes pediátricos**. 123f. 2013. Dissertação (Mestrado em Medicina Interna) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

MARINHO, D. H. et al. Unrelated hematopoietic stem cell transplantation in the pediatric population: single institution experience. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 37, n. 4, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842015000400236>. Acesso em: 07 mai 2016.

MAZZA, V. de A. et al. Vivência de famílias de crianças e adolescentes submetidos ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. **Revista Eletronica de Enfermagem**, Goiânia, v. 18, p. 1-10, 20, dez. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.40131>>. Acesso em: 20 jan 2018.

MENDES, K. D. S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, p.945-953. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/27.pdf>>. Acesso em 01 nov. 2015.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. **Praxis en salud un desafío para lo publico**. São Paulo: Hucitec, 1997.p. 113-50.

MORANDO, J. et al. Transplante de células-tronco hematopoéticas em crianças e adolescentes com leucemia aguda: experiência de duas instituições brasileiras. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 350-357, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n5/aop93010.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2016.

MOURA, D. C. A. et al. Processo de concepção de uma tecnologia para o cuidado em enfermagem e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 15, n. 4, p. 774-779, 2016.

MOYA, R. et al. Evaluation of readmissions in hematopoietic stem cell transplant recipients. **Transplantation Proceedings**, New York, v. 38, n. 8, p. 2591-2592, Oct 2006. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17098011>>. Acesso em: 13 jul. 2016.

MURRAY, J. et al. Graft-Versus-Host Disease (GvHD). In: KENYON, M.; BABIC, A. (Eds.) **The European blood and marrow transportation textbook for nurses: under the auspices of EBMT**. Berlin: Springer, 2018. p. 221- 251. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-50026-3_10> Acesso: 02 mar 2018.

NIEDERWIESER, D. et al. Hematopoietic stem cell transplantation activity worldwide in 2012 and a SWOT analysis of the Worldwide Network for Blood and Marrow Transplantation Group including the global survey. **Bone Marrow Transplantation**, Basingstoke, Hampshire, v. 51, n. 6, p. 778-785, Jun. 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26901703>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

NIESS, D. Basic concepts of transplantation: In: EZZONE, S. A. (Ed.) **Hematopoietic stem cell transplantation: manual for nursing practice**. 2nd. ed. Pittsburgh: Oncology Nursing Society, 2013. p. 13- 21.

NIETSCHE, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade ou impossibilidade para a práxis de Enfermagem?** Ijuí: Ed Unijuí, 2000, 360p.

NIETSCHE, E. A.; PAIM, L. M. D.; LIMA, M. G. G. Tecnologias de Enfermagem: algumas propostas de classificações/categorizações. In: NIETSCHE, E. A.; TEIXEIRA, E.; MEDEIROS, H. P. (orgs). **Tecnologias educativo-educacionais: uma possibilidade para o empoderamento do (a) enfermeiro (a)?**. Porto Alegre: Moriá, 2014. 2017, 1ª reimpressão, p. 107-108.

OLIVEIRA, M. S. B. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 180-186, jun. 2004.

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.

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

C.; PASQUINI, R.; ORTEGA, E. T. T. (Ed). **Transplante de Células Tronco Hematopoéticas**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1031-1098.

PASQUINI, R.; COUTINHO, E. Fundamentos e biologia do transplante de células-tronco hematopoéticas. In: ZAGO, M. A.; FALCÃO, R. P.; PASQUINI, R. **Tratado de hematologia**. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 711-729.

PEARSON, A. et al. The JBI model of evidence-based healthcare. **International Journal of Evidence-based Healthcare**, Carlton South, Vic., v. 3, n. 8, p. 207-215, set. 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-6988.2005.00026.x>>. Acesso em: 02 de mai. 2018.

PEREIRA, C. D. F. D. et al. Tecnologias em enfermagem e o impacto na prática assistencial. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde**, Natal, v. 2, n. 4, 2012.

PETERS M. D. J, et al. **Scoping Reviews**. In: Aromataris E, Munn Z (Ed.). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: <<https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/Joanna+Briggs+Institute+Reviewer%27s+Manual>>. Acesso em: 02 mai 2018.

PIMENTA, C. A. de. M. et al. **Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem**. São Paulo: COREN-SP, 2017. Disponível em: <<http://www.corensp.gov.br/sites/default/files/Protocolo-web.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

RAUENZAHN, S. et al. Predictors and impact of thirty-day readmission on patient outcomes and health care costs after reduced-toxicity conditioning allogeneic hematopoietic cell transplantation. **Biology of Blood and Marrow Transplantation**, Charlottesville, VA, v. 20, n. 3, p. 415-420, Mar. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24361913>>. Acesso em: 10 fev 2018.

RODRIGUES, J. A. P. **Transplante de células tronco hematopoéticas de crianças em cuidado ambulatorial: perfil sociodemográfico e clínico**. 203f. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

SABOYA, R. et al. Transplante de medula óssea com doador familiar parcialmente compatível. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, supl. 1, p. 13-15, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151684842010000700005>. Acesso em: 22 nov. 2015.

SABZEVARI, S. et al. Critical care nurses' attitudes about influences of technology on nursing care. **British Journal of Medicine and Medical Research**, Gurgaon, v. 9, n. 8, p. 1-10, 2015. Disponível em:

<http://www.journalrepository.org/media/journals/BJMMR_12/2015/Jul/Bagherian982015BJMMR18400.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

SAMPIERI, R.H.; CALLADO, C.F.; LUCIO, M.P.B. **Metodologia de Pesquisa**. 5 ed. Porto Alegre: Penso, 2013. p. 99- 110

SANDERS, J. C.; LIMA, R. A. G.; ROCHA, S. M. M. Experiência de pais e outros familiares no cuidado à criança e ao adolescente após o Transplante de Medula Óssea. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 4, p. 416-421, jul.-ago. 2005.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; MARTINS, A. B. T. **Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado**. Fortaleza: EdUECE, 2016. Disponível em: <<http://uece.br/eduece/index.php/ebooks-eduece>>. Acessado em: 05 mai. 2018.

SEBER, A. *et al.* Indicações de transplante de células-tronco hematopoéticas em pediatria: Consenso apresentado no I Encontro de Diretrizes Brasileiras em Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n.3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n3/aop83010.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

SEIXAS, C. T. *et al.* La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 12, n. 1, p. 113-23, Mar. 2016.

SHULMAN, D. S. *et al.* Incidence and causes of hospital readmission in pediatric patients after hematopoietic cell transplantation. **Biology of Blood and Marrow Transplantation**, Charlottesville, VA, v. 21, n. 5, p. 913-9, May 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25667988>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. **Acta Paul Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 276-284, 2005.

SLADE, S. Graft versus host disease: hematopoietic stem cell transplantation. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2016; JBI4115. Evidence Summary.

TECNOLOGIA. In: **Dicionário do Aurélio [online]**. Disponível em: <<https://dicionariodoaurelio.com/tecnologia>>. Acesso em: 10 mai. 2018.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE, Patient: discharge from hospital. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2016; JBI1777. Recommended practice.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Evidence based clinical fellowship program study guide**. Adelaide, Aus: The Joanna Briggs Institute, 2017. Disponível em: < >. Acesso em: 03 mar. 2018.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Graft versus host disease: supportive care. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2017; JBI4116. Recommended Practice.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Hygiene management. **The Joanna Briggs Institute EBP Database**, Adelaide, Aus, JBI@Ovid. 2016; JBI2021. Recommended Practice.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. Supporting Document for the Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Adelaide, Aus: The Joanna Briggs Institute, 2014. Disponível em: <<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Levels-of-Evidence>>. Acesso em: 15 mai. 2018

TIERCY, J. M. et al. The probability of identifying a 10/10 HLA allele-matched unrelated donor is highly predictable. **Bone Marrow Transplantation**, Basingstoke, Hampshire, v. 40, n. 6, p. 515-522, Sep 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17646842>>. Acesso em: 07 mai. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ (UFPR). **Doação**. Curitiba, 2014. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=tags/doação>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

VAN DER LINDEN, M. E. et al. Supportive Care. In: KENYON, M.; BABIC, A.(Eds.) **The European blood and marrow transportation textbook for nurses: under the auspices of EBMT**. Berlin: Springer, 2018. p. 197-219. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-50026-3_10> Acesso: 02 mar 2018.

VOSEN, J. M. et al. Unrelated donor marrow transplantation in children: transplant policy and outcome in Leiden Pediatrics SCT-Centre. **Bone Marrow Transplantation**, Basingstoke, Hampshire, v. 45, n. 1, p. 87-95, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19448680>>. Acesso em: 07 jul 2016.

ZANIS-NETO, J. Low-dose cyclophosphamide conditioning for haematopoietic cell transplantation from HLA-matched related donors in patients with Fanconi anaemia. **British Journal of Haematology**, Oxford, v. 130, n. 1, p. 99-106, Jul. 2005. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15982351>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

ZATONI, C. P. et al. Suggestions For The Improvement Of Guidance At The Hospital Discharge Of Children In Post Hematopoietic Stem Cell Transplantation. **Cogitare**, Curitiba, v. 22, n. 4, nov. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50265>>. Acesso em: 1 abr. 2018.

ANEXO 1- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO & HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL: (RE)VISITANDO A PROBLEMÁTICA E CONTRIBUINDO COM O DIAGNÓSTICO RISCO DE TRAUMA VASCULAR

Pesquisador: Márcia Helena de Souza Freire

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 36237414.0.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.878.531

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda para inclusão na pesquisa da mestrandia ANA PAULA BATISTELA.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a demanda de internações nos setores pediátricos de um hospital de ensino de grande porte, em Curitiba, Paraná;

- * Sondar a percepção de familiares / acompanhantes de hospitalização infantil em relação às tecnologias de cuidado;
- * Identificar o significado do alojamento conjunto pediátrico para os trabalhadores da equipe de saúde de setores pediátricos;
- * Proceder à adaptação transcultural e validação do score DIVA;
- * Elaborar um instrumento para utilização do score Diva no diagnóstico Risco de Trauma Vascular aplicado em Pediatria, compatibilizando-o com as intervenções de enfermagem descritas no sistema de informação hospitalar utilizado pela instituição;
- * Desenvolver capacitação para enfermeiros de unidades pediátricas de hospital de ensino;
- * Aplicar o score DIVA para predição do risco de insucesso à primeira tentativa no estabelecimento de acesso intravenoso periférico em crianças menores de 14 anos;

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.878.531

- * Evidenciar a prática da enfermagem no estabelecimento do acesso intravenoso periférico pediátrico segundo tempo do procedimento, local, material utilizado, fixação, manifestações instaladas de trauma vascular, e gastos;
- * Avaliar a eficácia do uso da modalidade adjuvante transiluminação venosa portátil para pacientes pediátricos com score DIVA 4;
- * Sondar a percepção do profissional de enfermagem quanto à utilização de recurso de desenvolvimento tecnológico para estabelecimento de acesso intravenoso periférico pediátrico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantidos os descritos no parecer de 20 de maio de 2016.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Mantidos os descritos no parecer de 20 de maio de 2016.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

ver considerações finais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.878.531

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_658738E3.pdf	01/12/2016 14:08:50		Aceito
Declaração de Pesquisadores	modelo_12_funcao_projeto.pdf	01/12/2016 14:05:18	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	pendencia_tcle_modelo_ajustado_emenda_nov_2016.docx	01/12/2016 11:21:24	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	documento_envio_pendencias_emenda_nov_2016.pdf	01/12/2016 11:16:46	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	pendencia_termo_encaminhamento_emenda_novembro_2016.pdf	01/12/2016 11:11:31	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Intrumento_entrevista.pdf	07/09/2016 18:29:24	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	concordancia_servico.pdf	07/09/2016 18:29:00	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_consentimento_esclarecido_TMO.pdf	07/09/2016 18:26:13	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_assentimento_informado_TMO.pdf	07/09/2016 18:25:49	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_confidencialidade.pdf	07/09/2016 18:25:23	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_compromisso_utilizacao_dados.pdf	07/09/2016 18:24:47	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_uso_especifico_dados.pdf	07/09/2016 18:24:14	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_tornar_publico.pdf	07/09/2016 18:23:51	Márcia Helena de Souza Freire	Aceito
Outros	Ajustes EMENDA AO PROJETO PESQUISA_18 Maio.doc	18/05/2015 15:37:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE EMENDA_SEC PED.doc	18/05/2015 15:36:24		Aceito
Outros	EMENDA AO PROJETO PESQUISA_17 ABRIL-2.doc	17/05/2015 16:32:25		Aceito
Outros	TCLE Prof SEC PED_EMDENDA.docx	17/05/2015 16:17:25		Aceito
Outros	EMENDA AO PROJETO PESQUISA_17 ABRIL.docx	17/04/2015 15:28:53		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.878.531

Outros	Termo Concordância Direção Corpo Clínico_Acesso Banco Dados 16_10_2014.jpg	31/12/2014 19:37:43		Aceito
Outros	Respostas pendências.docx	18/12/2014 20:57:41		Aceito
Outros	TALE_mães adolescentes ajustado.docx	18/12/2014 20:57:12		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PAIS_ACOMPANHANTES-ajustado.docx	18/12/2014 20:56:41		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHANTES MENORES DE IDADE.docx	18/12/2014 20:56:27		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PROFISSIONAIS ENFERMAGEM_ajustado_dez2014.docx	18/12/2014 20:55:54		Aceito
Outros	Termo de Concordância da UNIPED 16_10_2014.jpg	12/11/2014 19:57:32		Aceito
Outros	Termo Concordância Direção Corpo Clínico_Acesso Banco Dados 16_10_2014.jpg	12/11/2014 19:57:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PROFISSIONAIS ENFERMAGEM.docx	12/11/2014 19:56:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	12/11/2014 19:56:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE PAIS_ACOMPANHANTES.docx	12/11/2014 19:55:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Detalhado Ajustado_07_10_2014.pdf	12/11/2014 19:53:46		Aceito
Outros	Alterado Termo de Compromisso para dados.pdf	12/11/2014 19:51:42		Aceito
Outros	.DOC11_ Dispensa do TCLE.pdf	12/11/2014 19:50:11		Aceito
Outros	.DOC 8_Declaração Uso Específico.pdf	12/11/2014 19:49:02		Aceito
Outros	.Doc 8.Declaração Uso Específico do Material e ou dados	12/11/2014 19:48:50		Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo
Bairro: Alto da Glória
UF: PR Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.878.531

Outros	coletados_Ajustada.docx.pdf	12/11/2014 19:48:50		Aceito
Outros	Pendências respondidas.pdf	12/11/2014 19:19:31		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Detalhado Ajustado_15_09_2014.pdf	15/09/2014 12:15:27		Aceito
Outros	DOC 6_ Termo de Confidencialidade adequado.pdf	15/09/2014 12:15:01		Aceito
Outros	DOC 8_ Declaração Uso Específico adequado.pdf	15/09/2014 12:14:03		Aceito
Outros	DOC 13_ Termo de compromisso utilização dos dados.pdf	10/09/2014 17:41:18		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	10/09/2014 17:40:23		Aceito
Outros	Check List.pdf	10/09/2014 17:20:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Detalhado.pdf	10/09/2014 17:19:46		Aceito
Outros	DOC 7 Declaração de tornar público os resultados.pdf	10/09/2014 17:10:35		Aceito
Outros	Doc 6 Termo de Confidencialidade.pdf	10/09/2014 17:09:40		Aceito
Outros	DOC 5a_5b_ Concordância do serviço e da instituição.pdf	10/09/2014 17:09:04		Aceito
Outros	DOC 1- Ofício do Pesquisador.pdf	10/09/2014 17:08:01		Aceito
Outros	DOC 8_ Declaração Uso Específico.pdf	10/09/2014 15:25:09		Aceito
Outros	DOC 10_ Termo de Assentimento.docx	09/09/2014 19:22:47		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DOC 9 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.docx	09/09/2014 19:00:06		Aceito
Outros	DOC 5c Concordância do Diretor EPHC.pdf	09/09/2014 15:57:58		Aceito
Outros	DOC 2 Ofício de Encaminhamento e ata aprovação.pdf	07/09/2014 21:26:07		Aceito
Outros	DOC 3 Declaração de Concordância.pdf	07/09/2014 21:25:33		Aceito
Outros	DOC 4 Análise de Mérito.pdf	07/09/2014 21:23:52		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 1.878.531

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 21 de Dezembro de 2016

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - Térreo

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Telefone: (41)3360-7259

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

E-mail: cometica.saude@ufpr.br