

Conhecimento de pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico sobre os cuidados para prevenção de infecções

Knowledge of oncohematologic patients on chemotherapy regarding care for the prevention of infections

Milena Fontes Silva Lima¹
Rita de Cássia Minetto¹

¹Hospital de Base da Secretaria Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF, Brasil.

Correspondência

Milena Fontes Silva Lima
Quadra 204, Lote 10, Bloco A, Apartamento 701,
Residencial Portinari, Águas Claras, Brasília-DF.
71939540, Brasil.
mila.fontes@hotmail.com

Recebido em 10/fevereiro/2014
Aprovado em 21/julho/2014

RESUMO

Introdução: As doenças onco-hematológicas e sua terapêutica atingem a medula óssea provocando muitas vezes um estado de pancitopenia, especialmente uma redução granulocítica, o que expõe o paciente a um risco aumentado de desenvolver infecções. A orientação do doente e da família é fundamental para minimizar complicações e permitir uma atuação precoce da equipe de saúde.

Objetivo: Identificar o conhecimento dos pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico internados na Unidade de Hematologia do Hospital de Base do Distrito Federal acerca dos cuidados para prevenção de infecção.

Métodos: Pesquisa descritiva, de abordagem quali-quantitativa, realizada de setembro a outubro de 2012 através de entrevista, seguindo roteiro semi-estruturado, com pacientes onco-hematológicos internados em vigência de tratamento quimioterápico e em programa de alta hospitalar. As variáveis sociodemográficas e clínicas foram demonstradas através de análise estatística. Análise qualitativa dos discursos se deu através da análise temática.

Resultados: Dos 15 sujeitos entrevistados 8 (53,3%) eram mulheres e 7 (46,7%) homens com média de idade de 47 anos (DP=17,1). O diagnóstico prevalente foi o das leucemias agudas (60%). Apenas 5 pacientes referiram já terem sido orientados por profissionais de saúde acerca dos cuidados para prevenção de infecções. Das entrevistas emergiram três categorias: 1) Cuidados para prevenção de infecção; 2) Causas da suscetibilidade a infecções e 3) Conceitos imprecisos.

Conclusão: Em sua maioria, os pacientes onco-hematológicos não possuem informações adequadas e suficientes acerca dos cuidados necessários para prevenção de infecções, bem como acerca dos motivos que os deixam mais expostos a essa complicação.

Palavras-chave: Prevenção de infecção; Pacientes onco-hematológicos; Conhecimento.

ABSTRACT

Introduction: Oncohematologic diseases and their therapeutics may harm the bone marrow, causing pancytopenia, especially dysgranulopoiesis, which exposes the patient to a higher risk of infections. The patient's and their family's education is essential to minimize complications and to enable the health care staff to act timely.

Objectives: To identify the knowledge of oncohematologic patients on chemotherapy staying at the Hematology Unit at Hospital de Base, in the Brazilian Federal District, regarding the necessary care for the prevention of infections.

Methods: A descriptive study was conducted from September to October, 2012 which was based on a mixed-method approach. Semi-structured interviews were conducted with oncohematologic patients on chemotherapy and on hospital release programs. Socio-demographic and clinic variables were presented through statistical analysis. The qualitative analysis of the discourses was made through a thematic analysis.

Results: Among the 15 subjects, 8 (53,3%) were women and 7 (46,7%) were men averagely aged 47 (DP=17,1). The prevalent diagnosis was acute leukemia (60%). Only 5 patients reported having been instructed by health professionals. The interviews made it possible to define three categories: 1) care for the prevention of infections; 2) causes of the susceptibility to infections; and 3) imprecise concepts.

Conclusion: Most of the oncohematologic patients are not adequately informed about the necessary care for the prevention of infections, as well as the reasons that make them more susceptible to this complication.

Keywords: Prevention of infections; Oncohematologic patients; Knowledge.

INTRODUÇÃO

As doenças onco-hematológicas, como as leucemias, os linfomas hodgkin e não-hodgkin, o mieloma múltiplo e outras doenças mieloproliferativas afetam de diferentes formas o funcionamento da medula óssea e órgãos linfóides alterando a produção e função das células hematopoéticas¹. Segundo dados do INCA², a estimativa nacional para o ano de 2012 da incidência de linfoma não-hodgkin e das leucemias foi de 9.640 e 8.510 casos, respectivamente.

Uma das modalidades de tratamento das doenças onco-hematológicas é a quimioterapia. Os quimioterápicos antineoplásicos agem em diferentes fases do ciclo celular, porém em sua maioria não são específicos para células malignas, atingem tanto células benignas quanto neoplásicas de rápida proliferação³.

O sistema hematológico é um dos afetados pela toxicidade do tratamento quimioterápico, a

função medular é alterada com consequente redução das linhagens celulares³. A mielossupressão é observada de forma particular na linhagem granulocítica, verificada, sobretudo, pela contagem de neutrófilos. Um estado de neutropenia é definido pela Associação Americana de Doenças Infecciosas⁴ como uma contagem de neutrófilos de 500 células/mm³ ou uma contagem com expectativa de decrescer para este valor durante as próximas 48h. Leon e Pase⁵ já consideram neutropenia uma contagem total de neutrófilos menor que 1.000 células/mm³, constituindo alto risco para neutropenia febril uma contagem de neutrófilos menor que 500 células/mm³ e extremo risco neutrófilos menor que 100 células/mm³. Quando ocorre febre associada à neutropenia, tem-se uma urgência oncológica, a neutropenia febril³.

Febre em pacientes neutropênicos é uma complicação frequente da quimioterapia antineoplásica. Ocorre em 10 a 50% dos pacientes com tumores sólidos e em mais de 80% dos pacientes com neoplasias hematológicas, acarretando aumento da morbidade e mortalidade⁶. Segundo Wisplinghoff et al.⁷, a taxa de mortalidade de pacientes adultos com alguma neoplasia e que apresentam bacteremia é de 18 a 42%.

Um critério adicional de risco para desenvolvimento de neutropenia febril em pacientes em tratamento quimioterápico é o Período de Nadir. O Nadir é o tempo de menor contagem de leucócitos após o regime quimioterápico, normalmente acontece entre o 10.º e 14.º dia, porém varia de acordo com as drogas utilizadas⁵.

No âmbito hospitalar o paciente neutropênico está submetido a maior risco de desenvolver infecção, pois é exposto a um ambiente com diversos microorganismos multirresistentes, punções venosas e procedimentos invasivos⁸.

A neutropenia induzida tanto por doenças onco-hematológicas primárias e metastização de tumores para medula óssea como por toxicidade da terapêutica oncológica pode atrasar o tratamento, reduzir a dose de antineoplásico utilizada, além de aumentar o risco de infecção, a necessidade de hospitalização e os custos em saúde. Assim a educação do doente e da família acerca dos cuidados para prevenção de infecção e o entendimento sobre seus sinais torna-se

fundamental para minimizar complicações e permitir uma atuação precoce da equipe de saúde⁹.

O objetivo do presente estudo é identificar o conhecimento dos pacientes onco-hematológicos em tratamento quimioterápico internados na Unidade de Hematologia do Hospital de Base do Distrito Federal acerca dos cuidados para prevenção de infecção.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa descritiva, de abordagem quali-quantitativa. A pesquisa qualitativa segundo Ludke e André¹⁰ é essencialmente descritiva, envolve a participação direta do pesquisador no ambiente de estudo e valoriza, sobretudo, os sentimentos, opiniões e significados que as pessoas dão às coisas e à sua vida. Segundo Minayo¹¹, ela consegue perscrutar caminhos que a pesquisa quantitativa não consegue alcançar, baseia-se na interação pesquisador-sujeito, permitindo, conforme suas diversas metodologias, uma compreensão mais abrangente do conjunto estudado.

Segundo Turato¹², a pesquisa quantitativa tem como objetivos a descrição e o estabelecimento de correlações estatísticas e causais entre fatos. Difere da pesquisa qualitativa, porém pode ser complementar a ela para um maior entendimento do tema analisado.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação da Clínica Médica do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) no setor de Hematologia. O HBDF é responsável pelo atendimento de alta complexidade no Distrito Federal (DF), atende a população do DF, entorno e estados circunvizinhos. Possui 849 leitos clínicos e cirúrgicos, sendo a Unidade de Internação da Clínica Médica composta por 108 leitos, dos quais 26 são destinados a pacientes hematológicos.

A população do estudo foi composta de todos os pacientes internados no setor de hematologia da Unidade Clínica Médica do HBDF no período de setembro e outubro de 2012, os quais possuíam diagnóstico onco-hematológico (leucemias, linfomas, mieloma múltiplo e síndromes mieloproliferativas), estavam em vigência de

tratamento quimioterápico e encontravam-se em programação de alta durante o período do estudo.

Para inclusão na pesquisa os critérios utilizados foram internação no setor de hematologia da Unidade Clínica Médica do HBDF, diagnóstico onco-hematológico (leucemias, linfomas, mieloma múltiplo e síndromes mieloproliferativas), vigência de tratamento quimioterápico e programação de alta durante o período do estudo. Foram excluídos para formação da amostra os pacientes que não apresentaram condições clínicas de responder à entrevista realizada, como rebaixamento do nível de consciência e disfasia, e aqueles que não aceitaram participar do estudo se recusando a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A amostra foi constituída de 15 sujeitos escolhidos aleatoriamente. Tratou-se de uma amostra de conveniência. Na amostra de conveniência os participantes são selecionados por um julgamento de valor e não por aleatoriedade estatística¹³.

A pesquisa ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2012. Após a programação da alta hospitalar, e considerando os critérios de inclusão e exclusão acima citados, foi realizada abordagem do paciente e posteriormente ao seu consentimento foi realizada uma entrevista pela pesquisadora seguindo um questionário semiestruturado. A entrevista foi gravada para ulterior transcrição e análise.

As variáveis sociodemográficas e clínicas abordadas foram idade, sexo, escolaridade, profissão, diagnóstico onco-hematológico, tempo de diagnóstico, protocolo de tratamento vigente e internação prévia para tratamento de infecção. Foi realizada uma análise estatística descritiva para apresentação dos dados.

A análise qualitativa das perguntas de conhecimento se deu através da análise temática indicada por Minayo¹¹, realizando uma pré-análise, exploração do material, categorização e interpretação dos resultados obtidos. Das respostas dos entrevistados foram tiradas categorias de cuidados e conceitos, as quais foram posteriormente analisadas.

O projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisas em Ciências da Saúde (FEPECS), preservando os aspectos éticos assinalados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos puderam se recusar a participar da pesquisa ou retirar seu consentimento em qualquer momento sem prejuízo ao seu cuidado. Foi garantido o sigilo e a privacidade acerca da identidade dos participantes. Foram utilizados pseudônimos com números para identificar as falas dos sujeitos.

O estudo apresenta limitações em seu desenvolvimento, entre elas a utilização de amostra de conveniência, que restringe a abrangência da pesquisa, e as relativas à metodologia escolhida, como deixar possíveis tópicos não analisados nas categorias selecionadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída de 15 pacientes. Houve predomínio do sexo feminino com 8 mulheres (53,3%) e 7 homens (46,7%). A média de idade dos participantes foi de 47 anos (DP=17,1), com amplitude de 20 a 73 anos. O diagnóstico onco-hematológico que prevaleceu foi o das leucemias agudas (60%), 5 apresentavam leucemia mieloide aguda, 4 leucemia linfocítica aguda, 4 linfoma não-hodgkin e 2 mieloma múltiplo.

Quanto à escolaridade, 1 era analfabeto (6,7%), 4 possuíam ensino fundamental incompleto (26,7%), 5 haviam concluído o ensino fundamental (33,3%), 4 cursaram até o ensino médio (26,7%) e 1 concluiu o ensino superior (6,7%).

O tempo médio de diagnóstico foi de 17,53 meses (aproximadamente 1 ano e meio - DP=33,14), com amplitude de 1 mês a 11 anos. De três entrevistados não foi possível resgatar o protocolo de quimioterapia utilizado, os demais esquemas foram: Cybord (1), DHAP (1), FLAG-IDA (1), GMALL (1), HCVAD (3), HIDAC (2), RCHOP (1) e 7 + 3 (Citarabina e Antraciclina) (1). As profissões descritas pelos entrevistados foram: servidor público (1), policial militar (1), chefe de cozinha (1), motorista (1), recepcionista (1), estudante (1), vendedor (2), pedreiro (1), lavrador (2), dona de casa (1), vigilante (1), contador (1) e técnico em materiais (1).

Dos 15 sujeitos entrevistados, 5 (33,3%) já haviam internado anteriormente para tratamento de infecção após o início da terapêutica quimioterápica, com média de 1,6 vezes (DP=0,89) e amplitude de 1 a 3.

Quanto à orientação pelos profissionais de saúde, apenas cinco participantes referiram já terem sido esclarecidos, como se observa nas falas a seguir:

“inclusive o cara que me faz acompanhamento aqui na, aqui na hematologia, o doutor [...] ele me recomenda muito esse negócio sobre infecção” (2)

“Foi doutora, doutora [...], depois mais alguns esclarecimentos do doutor [...]. Ah também teve uma informação importante da doutora [...], foi quem mais me orientou, coisas que eu não passava nem pela mente ela me esclareceu, agora nos últimos dias” (5)

“É...o médico fala assim, né?” (7)

“o médico sempre fala comigo, ó, muito cuidado para você não ter... pneumonia essa coisa toda que é muito perigoso, né?... então..assim...eu sempre procurei manter os meus cuidados, mas assim, alguém me informando direitinho melhor ajuda, né?” (13)

“Meu médico falou, a enfermeira que, que cuida lá da, da, da quimio falou também” (10)

Dos que foram orientados apenas um referiu participação da enfermagem, sendo esta da enfermeira do ambulatório, o que pode revelar uma atuação insuficiente da enfermagem na unidade de internação, retirando da sua assistência um dos aspectos mais importantes da intervenção de enfermagem que é a educação do paciente. Vários aspectos poderiam explicar o prejuízo na assistência de enfermagem, entre eles a sobrecarga de trabalho ocasionada por um dimensionamento inadequado dos profissionais, a inexistência de uma metodologia assistencial bem definida e implantada e a falta de capacitação e educação permanente dos enfermeiros¹⁴.

Os demais sujeitos relataram não terem recebido orientações acerca dos cuidados para prevenção de infecções, o que demonstra uma lacuna grave no atendimento ao paciente onco-hematológico.

“Até hoje, não. Só diz o quê que é, mas eu não entendo muito do assunto não” (3)

“- E você já foi orientado alguma vez sobre cuidado para prevenir infecção?”

- Não.” (6)

“- A senhora já foi orientada alguma vez sobre cuidado para prevenir infecção?”

- Não.” (8)

“- Já foi orientada alguma vez sobre cuidado para prevenir infecção?”

- Também não.” (9)

“- Já foi orientada alguma vez sobre cuidado para prevenir infecção?”

- Não” (11)

“- Já foi orientado alguma vez sobre cuidado para prevenir infecção?...Alguém, algum profissional já te orientou?”

- Não, não, não.” (12)

“É, se algum profissional já te orientou alguma vez.”

- Não, ainda não.” (15)

Uma educação eficaz é um tópico fundamental na prevenção, detecção e tratamento nas toxicidades hematológicas. As complicações hematológicas pós-quimioterapia ocorrem frequentemente no domicílio, local onde os doentes não têm acesso aos profissionais de saúde. A conscientização dos pacientes sobre os sinais de alerta e a atuação mais adequada diante de cada situação levam a uma ação mais efetiva e tratamento mais rápido das complicações⁹.

Em relação aos resultados sobre o conhecimento dos pacientes entrevistados acerca dos cuidados para prevenção de infecções foi encontrado uma diversidade de atribuições de conceitos. Da análise das falas dos 15 participantes entrevistados, emergiram três categorias temáticas: 1) Cuidados para prevenção de infecção; 2) Causas da suscetibilidade a infecções; 3) Conceitos imprecisos.

Cuidados para prevenção de infecção

As falas trazidas pelos sujeitos abrangeram vários aspectos do cuidado, os quais foram agrupados em unidades temáticas.

▪ Lavagem das mãos

Dois dos entrevistados abordaram o tema da lavagem das mãos ao serem questionados sobre que cuidados eram importantes para prevenção de infecções.

“..lavar as mãos, essas coisas normais..”
(4)

“Ah, muitos cuidados. Não andar descalço, não comer tudo, lavar sempre as mãos, as frutas com as cascas mais finas, lavar bem, sabe?..”(10)

Segundo Freifeld et al.⁴, a lavagem das mãos é o meio mais eficaz de prevenir as infecções adquiridas no ambiente hospitalar. O Consenso sobre o cuidado do paciente oncológico neutropênico febril reforça que a lavagem das mãos segue como o procedimento mais efetivo e de menor custo na prevenção de infecções¹⁵.

▪ Higiene

As falas a seguir refletem um senso comum bem aceito quando se refere à prevenção de infecção, que é a higiene e limpeza. Um lugar e um corpo “sujo” estão associados a presença de microorganismos e consequente maior probabilidade de desenvolvimento de infecções.

“Olha, eu acho que...se manter muito limpo..isso aí é o principal, né? Eu acho tanto com o corpo como com o material usado, que você usa, né?”(13)

“Mas..mas, [...]..a gente tem que ter muito cuidado, né? Com a limpeza do corpo, das mãos, de tudo eu acho que a gente tem que manter assim um cuidado máximo.”
(13)

É...Como é...lavar bem, né?(15)

“A evitar ...[...]...Lugar sujo..”(10)

“Em primeiro lugar um lugar mais arejado, um é, um quarto mais apropriado, lugares mais é, mais bem, bem, bem cuidados, bem limpos, né?”(3)

“Ah..aí é friagem, , né? Poeira demais, mofo, eu que acho, não sei..”(8)

Para o paciente neutropênico é indicado banho diário e escovação dentária mais de 2 vezes ao dia com escovas de dentes macias. O uso de fio dental é aceito desde que não cause traumas. Aparelhos ortodônticos não devem ser usados para diminuir o risco de trauma mecânico e infecção da mucosa oral^{4,15,16}.

▪ Uso de máscara

Um paciente abordou o tema do uso de máscara.

“Eu suponho usar máscara, se você ficar em ambiente onde tem menos [?] pessoas, né?”(7)

O uso rotineiro de máscara cirúrgicas por pacientes neutropênicos é controversa, Leon e Pase⁵ recomendam seu uso quando o paciente visita outras áreas do hospital. Já uma revisão integrativa da literatura relacionada a pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) indica que os profissionais devem utilizar máscaras cirúrgicas enquanto equipamento de proteção individual, não havendo indicação de seu uso como medida de prevenção de transmissão de infecção¹⁷. É relatado ainda que para redução na transmissão de patógenos veiculados pelo ar, faz-se necessário o rastreamento de pessoas com sintomas de infecção de vias aéreas superiores, para evitar o contato com receptores de TCTH, a dispensa desses do atendimento ao paciente e a vacinação dos profissionais¹⁷.

▪ Contato com pessoas doentes

Alguns sujeitos colocaram como recomendação o afastamento de situações de contato com pessoas doentes.

“A pessoa vem de fora, gripado, outras coisas assim como bronquite, você tá ali, até mesmo os outros pacientes que tão perto de você.”(3)

“é...das pessoas doente não vim visitar as outras, que a pessoa fica muito sensível, entendeu? Evitar muito contato, beijo, abraço, essas coisas assim.”(4)

“contato né? Das mãos, é prevenir até dos próprios filhos, né? Quando ta gripado.”(7)

A literatura indica que se deve evitar o contato com pessoas afetadas por doenças infecto-contagiosas e assegurar as medidas necessárias caso isso ocorra. Deve-se ainda restringir as visitas e evitar a entrada de crianças¹⁵.

Evitar locais de muita movimentação e junção de pessoas é outro cuidado apontado na prevenção de infecções¹⁷ e foi colocado pelos entrevistados nas falas a seguir.

“evitar alguns locais meio aonde tem muita gente, pode ter alguém com alguma, com alguma doença, alguma coisa, uma gripe...” (5)

“Evitar...certos tipos de, de, evitar alguns locais meio aonde tem muita gente” (5)

“ah...um monte de coisa...lugar aglomerado..é..as muvucas, né?” (10)

▪ Alimentação

Os pacientes neutropênicos devem passar por uma avaliação nutricional tanto durante a hospitalização quanto ambulatorialmente considerando as características de cada indivíduo⁸.

Muitos pacientes sabem que são necessários cuidados com a alimentação, mas não sabem especificar quais medidas usar, como se observa nas falas a seguir.

“evitar certas coisas, certos tipos de alimento” (5)

“Acho que alimentação. Alimentação e repouso, né? Eu acredito que sim.” (12)

“..Mas..mas, com a alimentação, a gente tem que ter muito cuidado, né?” (13)

“É, alimentação, eu tenho muito..” (7)

Uma “dieta para neutropênico” geralmente é dada para os pacientes internados com neutropenia, consistindo em alimentos bem cozidos, evitando frutas secas e de cascas finas, carnes, peixes e ovos crus ou mal cozidos e produtos lácteos não pasteurizados. Marrs¹⁸ aponta que só frutas e verduras que podem ser lavadas ou cozidas são permitidas. Freifeld et al.⁴, indica que frutas e verduras cruas, desde que bem limpas são aceitáveis.

“a nutricionista fala comigo assim: ah porque não pode comer...escuta aí gente, eu não tenho que fortalecer?...eu tenho que fortalecer que meu problema é sério! Se eu não fortalecer essa doença não vai embora, e eu tenho que melhorar! (risos)” (13)

O discurso acima revela uma preocupação com o aporte nutricional, associando a “força” para combater a doença com o fortalecimento do corpo proporcionado por uma boa alimentação. A composição nutricional nos pacientes neutropênicos possui um papel fundamental na prevenção de infecções, influenciando aspectos imunológicos como fagocitose e sistema complemento, além da integridade das membranas e outros¹⁵.

▪ Procurar Hospital quando febre

Um cuidado por vezes negligenciado e que pode trazer consequências graves para o paciente neutropênico é o atraso à procura do serviço de saúde em caso de febre.

Os oncologistas reconhecem que atrasos em começar a terapia antibiótica em pacientes com neutropenia febril pode levar a infecções graves, com ameaça de vida e consequências às vezes fatais. A febre acima de 38,3°C é enfatizada como um efeito colateral importante que necessita avaliação médica imediata¹⁹.

Apenas um entrevistado citou esse cuidado, o que pode demonstrar necessidade de maior orientação por parte dos profissionais.

“Porque qualquer infecção dá febre e qualquer febre corresse para cá. E foi por isso que estou aqui.” (2)

Alguns cuidados para prevenção de infecção trazidos na literatura não foram citados pelos entrevistados. Entre eles, orienta-se que flores e plantas desidratadas ou frescas não devem ser permitidas nos quartos ou corredores onde se encontrem pacientes neutropênicos, pois alguns fungos, inclusive *Aspergillus* e uma espécie de *Fusarium* já foram isoladas da terra de plantas decorativas em vaso^{4,16}.

Procedimentos invasivos que ultrapassem a barreira cutaneomucosa devem ser evitados em

pacientes neutropênicos. Não é recomendado uso de enemas e aferição de temperatura retal. Catéteres centrais, implantados ou semi-implantados, requerem cuidados e manutenção de técnica estéril durante sua manipulação¹⁶.

Causas da suscetibilidade a infecções

Vários sujeitos ao serem questionados se os pacientes hematológicos em tratamento quimioterápico estavam em maior risco de contrair infecção e se sim, qual o motivo, responderam que a razão para maior suscetibilidade à infecção era a queda da imunidade. Encontrou-se aqui o ponto de maior convergência da pesquisa, influenciado possivelmente pela convivência dos indivíduos com as consequências da baixa imunidade.

- “porque a imunidade baixa muito..”* (2)
“a queda da imunidade que faz a gente ficar mais, ficar mais sensível a qualquer infecção” (4)
“até porque a gente fica com a imunidade muito baixa” (5)
“Fica, fica mais sensível. [...]. Fica com a imunidade muito baixa.” (12)
“Porque a imunidade fica baixa, né? aí fica com mais risco.” (15)
“É, o cuidado ele tem que ser bem feito, ele é essencial, porque qualquer infecção para nós que faz tratamento é, tem essa questão da imunidade, as defesas do corpo que baixam, né?” (14)

Alguns dos entrevistados souberam relacionar a queda da imunidade ao tratamento quimioterápico, referindo que este atingia células boas e ruins.

- “A quimioterapia ajuda, mas também ela tipo mata nossas células boas, então é isso que acontece.”* (11)
“a imunidade vai a zero, né?... Esse tratamento que você faz você mata as células boas e ruins, você fica sem defesa no corpo, né? Chega ao limite extremo, né?” (7)
“Sim...sim, porque, como se diz..essa doença, ela..é, você vê que o organismo da pessoa anda meio fraco, né? por qualquer coisa ele pode pegar uma infecção...E, e

essas quimios fraqueam muito, por isso eu acho que a pessoa tem que fortalecer” (13)

“Porque risco todo mundo, risco individuais, imunidade tá lá em baixo... o seu corpo ta sem defesa nenhuma, não é, você tomou as quimioterapia, seu corpo ta sem força, principalmente a imunidade” (3)

Dois dos sujeitos associaram a queda da imunidade à trombocitopenia, confusão que às vezes ocorre devido à diminuição de todas as linhagens medulares.

- “Ela fica mais sensível porque ela não tem imunidade... as plaquetinha colabora demais para infecção. Aí você tem que ter muito cuidado, porque senão o prejuízo é todo seu.”* (10)
“então tem que ter cuidado, para evitar cortes, esses negócios também, porque, se pega infecção é difícil, plaqueta muito baixa...” (2)

Conceitos imprecisos

Alguns entrevistados não sabiam referir que cuidados eram necessários para prevenir infecção, apesar de afirmar que era preciso cuidado, como é possível observar nos diálogos a seguir.

- “- Acho que sim, né?
- A senhora, quais que a senhora acha importante?...Tem algum que a senhora acha?
- Não tenho idéia. (risos)” (9)
“- E assim, na sua opinião, é preciso algum cuidado para prevenir infecção quando a pessoa ta fazendo quimioterapia? Você acha que tem que ter?
- Acho que sim.
- Quais que você acha assim que são importantes?...Sabe dizer algum?
- Um pouco complicado...(risos)” (6)
“E na sua opinião, você acha que é preciso algum cuidado para prevenir infecção quando a pessoa ta fazendo quimioterapia?
- Eu acho que sim, né?
- Você acha que tem algum que é impor-

*tante? Quais que você acha importante?
- Se prevenir, né? Para não pegar nenhuma infecção...com a imunidade” (11)*

Os discursos acima revelam uma carência de informações dos entrevistados, o que aponta para a necessidade de intervenção de enfermagem. Segundo Carlucci⁸, o enfermeiro responsável pela unidade deve desde a admissão do paciente iniciar orientações sobre a importância dos cuidados pessoais, as possíveis reações adversas ao tratamento, nutrição adequada e demais recomendações pertinentes. A orientação de enfermagem exerce um importante impacto no resultado do cuidado através de intervenções que ajudam a prevenir, controlar e educar. A assistência de enfermagem pode poupar a vida de pacientes com neutropenia¹⁸, pois os capacita no autocuidado, no reconhecimento de sinais e sintomas sugestivos de complicações e na busca pelo serviço de saúde quando necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças onco-hematológicas e sua terapêutica atingem a medula óssea alterando a produção das linhagens celulares, provocando muitas

vezes um estado de pancitopenia, especialmente uma redução granulocítica, evidenciada por uma contagem diminuída de neutrófilos, o que expõe o paciente a um risco aumentado de desenvolver infecções.

Em sua maioria, os pacientes onco-hematológicos não possuem informações adequadas e suficientes acerca dos cuidados necessários para prevenção de infecções, bem como acerca dos motivos que os deixam mais expostos a essa complicação.

É papel da enfermagem a educação do paciente nos diversos cenários da assistência, inclusive no ambiente hospitalar, capacitando os pacientes para o autocuidado e para o monitoramento de sinais e sintomas de gravidade.

Evidencia-se a necessidade de construir uma abordagem educativa na unidade estudada, a fim de proporcionar aos assistidos informações sobre seu estado de saúde e riscos, especialmente acerca da prevenção de complicações como infecções, as quais aumentam a morbidade e mortalidade dos pacientes onco-hematológicos.

REFERÊNCIAS

1. Lorenzi T F. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011.
3. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Ministério da Saúde. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
4. Freifeld et al. Clinical Practice Guideline for the Use of Antimicrobial Agents in Neutropenic Patients with Cancer: 2010. Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, v. 52, February, 2011.
5. Leon TG, Pase M. Essential oncology facts for the float nurse. *Medsurg Nurs*. 2004; 13(3): 165-71.
6. Klustersky J. Management of fever in neutropenic patients with different risks of complications. *Clinical Infectious Diseases*. 2004, 39: 32-37.
7. Wisplinghoff H et al. Current trends in the epidemiology of nosocomial bloodstream infections in patients with hematological malignancies and solid neoplasms in hospitals in the United States. *Clinical Infectious Diseases*. 2003, 36: 1103-1110.

8. Carlucci V D da S. Cuidados de enfermagem prestados a pacientes onco-hematológicos submetidos a altas doses de quimioterapia. Ribeirão Preto, 2012. 86f. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
9. Silva S A, Dias V L S. M. Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: definição de guideline. *Onco-news*, 1(1), 2007.
10. Ludke M, André M E D A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
11. Minayo M C de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
12. Turato E R. Tratado de Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.
13. Pereira M G. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
14. Maya C M, Simões A L de A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, 64(5), 2011.
15. SAP. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo. Consenso sobre el cuidado del paciente oncológico neutropénico febril. actualización 2008-2009. *Arch Argent Pediatr* 2010 9;108 (2): p. 47-70.
16. Garnica M et al. Recomendações no manejo das complicações infecciosas no transplante de células-tronco hematopoéticas. *Rev. Bras. Hematol. Hemoter.*, São Paulo, v. 32, 2010.
17. Garbin et al. Medidas utilizadas na prevenção de infecções em transplante de células-tronco hematopoéticas: evidências para a prática. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19 (3): maio-jun 2011.
18. Marrs JA. Care of patients with neutropenia. *Clin J Oncol Nurs*. 2006;10(2): 164-6.
19. Nirenberg A, Mulhearn L, Lin S, Larson E. Emergency department waiting times for patients with cancer with febrile neutropenia: a pilot study. *Oncol Nurs Forum*. 2004;31(4): 711-5.