

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA
EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE COM ÊNFASE EM HEMATO-ONCOLOGIA

INTERVENÇÕES ODONTOLÓGICAS EM UM
AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL PRÉ-
TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOÉTICAS

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Mônica Pagliarini Buligon

Santa Maria, RS, Brasil

2016

**INTERVENÇÕES ODONTOLÓGICAS EM UM
AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL PRÉ-
TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOÉTICAS**

Mônica Pagliarini Buligon

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em
Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, com ênfase em
Hemato-Oncologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como
requisito parcial para obtenção do grau de

Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar.

Orientadora: Profa. Dra. Rosmari Hörner

Santa Maria, RS, Brasil

2016

Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção
Hospitalar no Sistema Público de Saúde

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Monografia de Conclusão de Curso de Pós-Graduação

INTERVENÇÕES ODONTOLÓGICAS EM UM AMBULATÓRIO
MULTIPROFISSIONAL PRÉ-TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO
HEMATOPOÉTICAS

elaborada por

Mônica Pagliarini Buligon

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar

COMISSÃO EXAMINADORA:

Rosmari Hörner, Dra.

(Presidente/Orientador)

Angelita Gastaldo Rigon. (UFSM)

Miguel Armando Birck. (UFSM)

Santa Maria, 16 de março de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, principalmente meu pai Jorge e minha mãe Nara, pela dedicação, amor e por sempre se fazerem presentes, me apoiando e guiando minhas decisões. Agradeço também aos meus irmãos Rodrigo e Marcelo pela infância maravilhosa, pelo companheirismo, cumplicidade, amizade e confiança. Agradeço ao meu irmão Eduardo, que mesmo não estando muito presente na minha vida, nunca deixou de medir esforços para estar perto de nossa família.

Ao meu namorado Vinícius, por ser o meu companheiro de todas as horas. Pelo carinho e preocupação demonstrados, pelos momentos felizes e por sempre me ajudar e me apoiar quando precisei.

À minha amiga, minha R1 Jenifer, por todos os momentos que vivenciamos nesse um ano trabalhando juntas e por todos esses anos de amizade verdadeira e cumplicidade.

Às minhas tutoras de núcleo, Prof. Alexsandra Botezelli e Prof. Kívia Linhares Ferrazo, pelos conhecimentos repassados e por muitas vezes deixar cancelar compromissos para me auxiliar em atendimentos de urgência.

Aos tutores de campo, muito obrigada por sempre incentivar o meu trabalho.

Às minhas amigas Marcella, Fernanda e Raquel, companheiras diárias nesses dois anos, que eu tive a oportunidade de conhecer na Residência, muito obrigada pela amizade, paciência, compartilhamento de saberes e pelas alegrias proporcionadas.

Agradeço à minha orientadora, Rosmari Hörner, pela oportunidade, atenção, dedicação, compromisso e competência.

Aos servidores e profissionais do Hospital Universitário de Santa Maria, pelo conhecimento compartilhado e colaboração na minha formação.

Aos meus queridos pacientes, eternos guerreiros, pela confiança no meu trabalho.

EPÍGRAFE

“When I was 5 years old, my mother always told me that happiness was the key to life. When I went to school, they asked me what I wanted to be when I grew up. I wrote down ‘happy’. They told me I didn’t understand the assignment, and I told them they didn’t understand life.”

(JOHN LENNON)

RESUMO

Monografia de Conclusão de Curso de Pós-Graduação
Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção
Hospitalar no Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

INTERVENÇÕES ODONTOLÓGICAS EM UM AMBULATÓRIO MULTIPROFISSIONAL PRÉ-TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS

AUTORA: MÔNICA PAGLIARINI BULIGON

ORIENTADORA: ROSMARI HÖRNER

O aumento da incidência de câncer no Brasil é inegável e dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Câncer sustentam firmemente essa informação. Para alguns pacientes com tipos específicos de neoplasias hematológicas, existe um tipo de tratamento denominado Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH). Essa modalidade de tratamento oferece uma chance maior de sobrevida a esses pacientes. Devido à complexidade desse tratamento, os pacientes precisam de assistência integral e cuidados intensivos e por isso a presença de uma equipe multiprofissional é tão importante. O objetivo desse trabalho foi incluir o profissional cirurgião-dentista na equipe multiprofissional do ambulatório pré-TCTH e descrever intervenções odontológicas realizadas pelo mesmo. Foi realizado um estudo descritivo transversal dos atendimentos realizados pelo ambulatório multiprofissional Pré-TCTH. Conclui-se que é extremamente necessário o empoderamento do usuário, seus familiares e doadores sobre os principais riscos, benefícios e efeitos colaterais do TCTH. Além disso, é fundamental a participação de cirurgiões-dentistas na equipe multiprofissional dos Centros de Transplantados de Medula Óssea, já que os pacientes acompanhados por uma cirurgiã-dentista residente do CTMO do HUSM, desde o primeiro dia do condicionamento até a pega do enxerto, desenvolveram mucosites orais de no máximo grau I (37,5%) ou grau II (62,5%), segundo escala da OMS.

Palavras-chave: equipe de assistência ao paciente; unidade hospitalar de odontologia; transplante de medula óssea

ABSTRACT

Monograph

Multidisciplinary Integrated Residency Program in Management and Hospital
Care

Universidade Federal de Santa Maria

DENTAL INTERVENTION IN A BONE MARROW TRANSPLANT CENTER

AUTHOR: MÔNICA PAGLIARINI BULIGON

ADVISER: ROSMARI HÖRNER

The raise of cancer incidence is undeniable and the recent research of Instituto Nacional do Câncer (INCA) strongly prove this information. To some patients with specific kinds of hematological diseases there is a treatment nominated hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) wich increases patient's survival rates. Due to the complexibility of this treatment, patients need comprehensive care of a multidisciplinary team. The purpose of this research was to include a dentist in a pre ambulatory multidisciplinary team and to describe the dental interventions. A transversal and descriptive study was made about the multidisciplinary team's attendance at University Hospital of Santa Maria. It concludes that is necessary to the patients, to his/her family and donors knowing the real risks, benefits and side effects of HSCT. Furthermore, the participation of a dentist in the multidisciplinary team is fundamental, because the patients who were accompanied by a surgery resident dentist, from the first day of conditioning to engraftment, developed oral mucositis grade I (37.5%) or grade II (62.5%), according to the WHO scale.

Key words: bone marrow transplantation; dental service, hospital; patient care team;

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Doenças com indicação de TCTH	18
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Grau das mucosites segundo escala da OMS	23
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Relação entre transplantes realizados com pacientes do sexo feminino e do sexo masculino entre os meses de abril de 2014 e novembro de 2015.....	30
Gáfico 2 – Doenças de base tratadas com TCTH no CTMO do HUSM no período de abril de 2014 a novembro de 2015	31
Gráfico 3 – Grau das mucosites orais, segundo escala da OMS, nos pacientes submetidos à TCTH	32

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Check-list do Ambulatório Pré-TCTH para TMO alogênico	39
Anexo B – Check-list do Ambulatório Pré-TCTH para TMO autólogo.....	41
Anexo C – Projeto “O Papel de uma Equipe Multidisciplinar na Integralidade da Atenção ao Paciente Oncológico”	43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CD – Cirurgião-Dentista

CTMO – Centro de Transplante de Medula Óssea

DECH – Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro

HLA – Human Leukocyte Antigen

HSCT – Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT)

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

LH – Linfoma de Hodgkin

LLA – Leucemia Linfocítica Aguda

LLLT – Low Level Laser Therapy

LMA – Leucemia Mielocítica Aguda

LMC – Leucemia Mielocítica Crônica

LNH – Linfoma não-Hodgkin

MS – Ministério da Saúde

NPT – Nutrição Parenteral

PNH – Programa Nacional de Humanização

PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNSP - Política Nacional de Segurança do Paciente

OM – Mucosite Oral

SUS – Sistema Único de Saúde

TCTH – Transplante de Células Tronco-Hematopoéticas

TGI – Trato Gastrointestinal

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVO GERAL	16
4 OBJETIVO ESPECÍFICO	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	16
5.1 Histórico	16
5.2 Definição	17
5.3 Doenças com indicação de transplante	18
5.4 Etapas do transplante	18
5.5 Complicações agudas e tardias	19
5.6 Atenção integral e cuidado multiprofissional ao paciente submetido à transplante de células tronco ematopoéticas	21
5.7 Inserção e papel do Cirurgião-Dentista na Equipe Multiprofissional	22
5.8 A realidade das equipes multiprofissionais nos ambientes hospitalares	25
6 MÉTODOS	27
6.1 Tipo de estudo	28
6.2 Local do estudo	28
6.3 Coleta de dados	28
6.4 Tratamento dos dados	28
6.5 Aspectos éticos	28
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
8 CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS	34
ANEXOS	39

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome genérico dado a um conjunto de doenças que apresentam como característica comum a capacidade de crescimento desordenado de células anormais (malignas), que invadem tecidos e órgãos e podem se disseminar para outras regiões do corpo. (HOOF et al., 2013).

O aumento da expectativa de vida, a urbanização e a globalização são alguns dos fatores que podem explicar parte dos 596 mil novos casos de câncer que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que afetarão os brasileiros no ano de 2016. As neoplasias são um problema de saúde pública mundial com alto impacto socioeconômico, pois atualmente cerca de 20 milhões de pessoas no mundo convivem com a doença e cerca de 190 mil pessoas por ano morrem em decorrência dela (INCA, 2016). Sabe-se também que 1/3 desses pacientes possuem cânceres que poderiam ter sido evitados se houvesse uma maior rastreabilidade, práticas de prevenção e promoção de saúde efetivas e hábitos de vida mais saudáveis. Diagnósticos tardios também contribuem para a morbimortalidade da doença, uma vez que 60% dos pacientes possuem diagnóstico inicial em estado avançado. As expectativas de futuro não são promissoras, pois estima-se que até 2030 haverá no mundo 27 milhões de novos casos de câncer (INCA, 2016).

Para alguns pacientes com tipos específicos de neoplasias hematológicas, existe um tipo de tratamento denominado Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH). Essa modalidade de tratamento oferece uma chance maior de sobrevida a esses pacientes, pois diversos estudos afirmam que pacientes que permanecem em remissão nos primeiros cinco anos depois da realização do transplante, tem cerca de 80 a 90% de chances de sobreviverem nos próximos 10 a 15 anos (WINGARD et al, 2011).

O sucesso desse tipo de procedimento vem acontecendo devido à melhora nos cuidados intensivos, principalmente do trabalho em conjunto de uma equipe multiprofissional, à evolução de antimicrobianos e antifúngicos, à maior especificidade dos quimioterápicos, às doses menores de irradiação, à menor toxicidade dos condicionamentos, à melhor compreensão da fisiopatologia das doenças e do sistema imunológico, além dos avanços nas técnicas de exames de histocompatibilidade (ARMITAGE, 1994). E é por isso que atualmente são realizados no mundo, 55 a 60.000 transplantes de células tronco hematopoéticas por ano (INCA, 2016).

Devido à complexidade do tratamento, os pacientes necessitam de assistência integral e cuidados intensivos, por isso a presença de uma equipe multiprofissional faz-se tão importante.

São profissionais de diversas especialidades trabalhando em conjunto para a recuperação integral do paciente após o fim do tratamento. A equipe multiprofissional realiza suas atividades através de um trabalho em conjunto, com troca de saberes, promovendo maior integração e possibilitando maior autonomia e criatividade dos profissionais, fazendo com que o paciente seja o foco principal. (MELO et al, 2014; OTENIO et al, 2008)

O cirurgião-dentista (CD) se integra na equipe multiprofissional com esse intuito, proporcionando ao paciente e seus acompanhantes uma assistência mais humanizada. Ações de saúde e tratamento odontológico em pacientes hospitalizados tem contribuído para a melhora da condição sistêmicas dos mesmos e isso reflete na diminuição de gastos hospitalares (MATTEVI et al, 2011). Porém, apesar de estar claro a importância da intervenção odontológica no contexto hospitalar e de as Políticas Públicas de Saúde determinarem a participação do cirurgião-dentista nos três níveis de atenção, a presença desse profissional na equipe multiprofissional ainda parece ser bem distante da realidade brasileira.

Esta pesquisa parte de um Projeto inicial, o qual foi posteriormente ampliado e escrito por quatro residentes do Programa de Residência Multiprofissional. A elaboração conjunta de Projetos de Conclusão de Pós-Graduação, por pelo menos três núcleos profissionais constitui exigência apresentada como estrutura regimentar do próprio Programa de Residência. Entende-se, desta forma, que de um mesmo Projeto de Pesquisa, quatro monografias foram elaboradas a partir dos quatro objetivos específicos apontados. Sendo assim, os fundamentos metodológicos, o referencial teórico bem como o objetivo geral de pesquisa será semelhante na construção das monografias individuais de cada uma das residentes.

2 JUSTIFICATIVA

O presente tema foi escolhido devido às dificuldades encontradas tanto pelos profissionais, quanto pelos pacientes, familiares e doadores na linha de cuidado do Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas. Diversas falhas foram percebidas e foi detectado que com uma equipe completa, com todas as profissões, a chance desse procedimento ter sucesso seria maior, com o menor tempo de internação e menor número de complicações.

A equipe multiprofissional é composta por médico, duas enfermeiras, nutricionista, farmacêutica, cirurgiã-dentista, psicóloga e assistente social, que assistiram o paciente integralmente em todas as suas necessidades, desde sua primeira consulta, após ser detectada a necessidade do transplante até sua alta hospitalar e futuro acompanhamento ambulatorial após o transplante.

O Transplante em si é algo bastante complexo e que consiste em diversos riscos para o paciente, partindo desse princípio deu-se a ideia da inserção da cirurgiã-dentista (CD) nessa equipe. Sabe-se que a boca é um sítio propício para o surgimento de lesões infecciosas que podem se difundir sistemicamente, principalmente em pacientes neutropênicos. Através do planejamento do plano de tratamento de cada paciente, a CD da equipe prepara o paciente para a realização do transplante, eliminando foco infecciosos locais e adequando a cavidade oral. Durante o transplante, a CD acompanha o paciente, pesquisando possíveis lesões infecciosas oportunistas em cavidade oral e fazendo sessões diárias de laserterapia para prevenção da mucosite oral. Após a alta hospitalar, a CD acompanha os pacientes que por algum motivo, desenvolveram complicações tardias ao procedimento, realizando consultas ambulatoriais quando necessário.

3 OBJETIVO GERAL

Avaliar o impacto da inclusão da equipe multiprofissional no empoderamento e na qualidade de vida dos usuários inseridos na linha de cuidado do TCTH do Hospital Universitário de Santa Maria-RS (HUSM).

4 OBJETIVO ESPECÍFICO

O objetivo desse trabalho foi incluir a profissional cirurgiã-dentista na equipe multiprofissional do ambulatório pré-TCTH e do Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) do HUSM e descrever intervenções odontológicas realizadas pela mesma.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Histórico

Os primeiros relatos existentes sobre TCTH são de 1939 (OSGOOD et al, 1939), quando na tentativa de curar uma aplasia medular um paciente recebeu 18 mL de células da medula óssea de seu irmão. Apesar desse marco, foram as pesquisas em roedores que avançaram sobre

as técnicas de infusão de células da medula óssea, na tentativa de salvar a vida daqueles que tiveram sua medula óssea destruída pela radiação (LORENZ et al, 1951). Porém foram os estudos com cães que conseguiram embasar o transplante de células hematopoéticas em humanos. Assim, em 1969 o primeiro Transplante de Medula Óssea Alogênico foi realizado com sucesso nos Estados Unidos pelo Dr. E. Donnal Thomas (THOMAS et al, 1975).

5.2 Definição

O TCTH consiste na infusão intravenosa de células tronco hematopoéticas, após o receptor receber altas doses de agentes antineoplásicos, com a tentativa de reestabelecer a função medular, que por alguma alteração hematológica benigna, maligna ou doença autoimune, está defeituosa ou hipofuncional (ARMITAGE, 1994). Existem três tipos de transplante que podem ser realizados, são eles: o transplante autólogo, o transplante alogênico e o transplante singênico. O transplante autólogo consiste na infusão das células-tronco coletadas previamente do próprio paciente. O transplante alogênico consiste na infusão das células-tronco retiradas de um doador, seja ele aparentado ou não. Para o sucesso desse tipo de transplante é preciso que exista um grau de compatibilidade imunológica entre o doador e o receptor. O HLA (*human leukocyte antigen*) é o responsável pela identidade imunológica e ele está codificado no braço curto do cromossomo 6. Por isso, primeiro pesquisa-se um doador HLA 100% compatível com o receptor. Caso isso não seja possível, um doador parcialmente compatível será pesquisado, apesar de serem mínimas as chances de encontrar esse doador (DE CASTRO JR et al, 2001). O transplante singênico consiste na infusão das células-tronco retiradas de um irmão gêmeo. Essa última modalidade de tratamento atualmente não é mais utilizada, pois o sucesso do procedimento é baixo (ARMITAGE, 1994). Resumindo, o TCTH nada mais é do que uma maneira encontrada de se administrar altas doses de quimioterapia nos pacientes, sem que a mielossupressão resultante dessa administração seja letal à eles.

A coleta das células da medula se dá por diferentes métodos. Quando a modalidade de tratamento escolhida é o transplante alogênico, realiza-se a coleta das células através de punções na crista ilíaca do doador, em bloco cirúrgico. A quantidade coletada normalmente corresponde a 10 ml/kg do receptor, pois calcula-se que nesse volume o número de células-tronco necessárias para a pega do enxerto será suficiente (THOMAS et al, 1970). A coleta também pode ser realizada pelo sangue periférico, através de uma máquina de aférese, procedimento que é realizado para coleta da medula dos transplantes autólogos. Mais

recentemente, células do cordão umbilical estão sendo coletadas e também utilizadas para infusão em pacientes que necessitam de TCTH (DE CASTRO JR et al, 2001).

5.3 Doenças com indicação de transplante de células tronco hematopoéticas

Existem diversas doenças que possuem indicação de TCTH (DE CASTRO et al, 2001). As mesmas estão listadas no quadro abaixo (Quadro 1).

TRANSPLANTE ALOGÊNICO	TRANSPLANTE AUTÓLOGO
Anemia aplástica grave	Linfoma de Hodgkin (LH)
Anemia de Fanconi	Linfoma não-Hodgkin (LNH)
Imunodeficiências	Neuroblastoma avançado (IV)
Osteopetrose	Sarcoma de Ewing
Adenoleucodistrofia e Leucodistrofia	Tumor de Wilms
Metacromática Infantil	Tumor de células germinativas
Talassemia Maior	Meduloblastoma de alto grau
Anemia falciforme	Leucemia Mieloide Crônica (LMC)
Leucemia Mieloide Crônica (LMC)	
Leucemia Mieloide Aguda (LMA)	
Leucemia Linfocítica Aguda (LLA)	
Síndromes Mielodisplásicas	
Mielofibrose Maligna Aguda	
Linfomas não-Hodgkin (LNH)	

5.4 Etapas do Transplante de células hematopoéticas

As etapas do transplante de células tronco-hematopoiéticas, na ordem de execução, são as seguintes (SANDERS, 1997):

1º) Implantação do catéter: uso de catéter de Hickman em pacientes submetidos ao TCTH ocorre, principalmente, por dispensar a punção percutânea, por ser possível a monitorização da pressão venosa central, por ser adequado à infusão de grandes quantidades de fluidos simultaneamente e de soluções por tempo prolongado, como por exemplo, a nutrição parenteral, além de garantir a infusão da medula óssea sem comprometer o enxerto (DELLA COSTA RIGONI L, 2012).

2º) Condicionamento: tem finalidade de criar espaço no estroma da medula óssea para que as novas células-tronco encontrem um microambiente adequado para proliferação e diferenciação. Dependendo da intensidade do condicionamento, há também a finalidade imunossupressora. Porém, o objetivo principal é erradicar a doença.

3º) Infusão: consiste em transfundir no receptor as células-tronco hematopoiéticas do doador.

4º) Reconstituição Imunológica: visa restabelecer a hematopoese normal no receptor.

5.5 Complicações agudas e tardias

Apesar de atualmente existirem bons resultados após os transplantes, muitas complicações ocorrem nos pacientes durante o processo de condicionamento, na internação, infusão e pós-transplante. Algumas complicações são importantes para o sucesso ou não do procedimento, pois elas determinarão o tempo de internação do paciente, a susceptibilidade à infecções, o tempo de sobrevida e sua qualidade de vida (ARMITAGE, 1994).

A aplasia medular é uma dessas complicações e ela é diagnosticada quando os números das células produzidas pela medula óssea do paciente chegam a níveis baixíssimos, muitas vezes zerados dependendo do tipo de condicionamento e transplante. Além disso, a recuperação da função medular é influenciada por outros fatores, como o tipo de transplante, número de células infundidas e infecções oportunistas durante a internação. Por isso, nessa fase são necessárias transfusões de hemocomponentes (SANDERS, 1997).

A Doença do Enxerto contra o Hospedeiro (DECH) também é uma complicação importante e que determina o sucesso ou não do procedimento. Ela ocorre na maioria dos casos dos transplantes alogênicos e é mediada pelos linfócitos T do doador, que são células imunocompetentes. Mesmo que o transplante tenha ocorrido entre doador e receptor com compatibilidade HLA completa, ainda existem alguns antígenos que não são detectados pelos testes realizados e esses são os responsáveis pela DECH. Pacientes com doadores aparentados têm um risco de cerca de 20% de desenvolver DECH, enquanto que os submetidos a transplante com doadores não aparentados têm risco de até 80% (SANDERS, 1997). A DECH pode ser classificada em aguda ou crônica. A aguda ocorre a partir da pega do enxerto e tem manifestações principalmente em pele, fígado e trato gastrointestinal. Para o tratamento da DECH aguda, normalmente utilizam-se drogas imunossupressoras, sendo a ciclosporina a de primeira escolha. Já a DECH crônica é uma síndrome que envolve vários órgãos e sistemas, expressando-se como uma doença crônica auto-imune (SULLIVAN et al, 1991). Ela é

diagnosticada quando surge após 100 dias do transplante, independentemente de suas características clínicas. A terapia para a DECH crônica deve levar em consideração o estado clínico do paciente e sua imunossupressão atual (MOON et al, 2014). Apesar da DECH causar complicações que aumentam o tempo de internação do paciente e exigir muitos cuidados da equipe multiprofissional, estudos tem demonstrado que ela tem um papel importante no sucesso do procedimento, uma vez que os linfócitos T do doador reconhecem as células cancerosas como estranhas e as destroem (SLAVIN et al, 2000). A DECH crônica pode ter manifestações orais, na qual o paciente apresenta lesões ulceradas com bordas eritematosas e difusas, com halo esbranquiçado, localizadas principalmente em mucosas jugal, labial e na língua. A DECH oral pode dificultar a alimentação, já que causa dor. Além disso, essas lesões são consideradas sítios para infecções oportunistas, fúngicas ou virais (LUIZ et al, 2008; PEREIRA et al, 2007). O tratamento da DECH oral deve ser seguido por cuidados básicos com a higiene oral, uso de corticosteróides tópicos em associação à agentes antimicrobianos em veículo não-alcóolico e para o controle da dor, utiliza-se anestésicos tópicos (LUIZ et al, 2008).

As complicações infecciosas também tem importante papel na morbimortalidade do TCTH, pois uma vez que o paciente está sem uma produção de células de defesa no organismo, ele se torna muito susceptível aos microrganismos, mesmo aos colonizantes naturais da pele, mãos, entre outros. Por isso, a terapia antimicrobiana é tão importante, pois ela ajuda a prevenir e tratar infecções virais, bacterianas, fúngicas e helmínticas, complicações frequentes nos pacientes submetidos ao TCTH (FONSECA et al, 2008).

As complicações gastrointestinais, devido a ocorrência de vômitos, diarreias e mucosite em todo o trato gastrointestinal (TGI), são fatores que possuem grande influência na qualidade de vida dos pacientes durante a internação, e muitas vezes eles passam a depender de uma via de alimentação alternativa, normalmente a Nutrição Parenteral (NPT) (CRUZ et al, 2000). No paciente transplantado, a desnutrição aumenta a incidência de infecções oportunistas, além de diminuir a tolerância à quimioterapia e a velocidade de recuperação celular. Para que esses pacientes não fiquem susceptíveis a essas intercorrências, um suporte nutricional é adicionado. Recomenda-se que essa terapia seja iniciada no pré-transplante quando perceber-se que existe risco de desnutrição ou de diminuição da ingesta nutricional, pois sabe-se que o estado nutricional interfere no tempo de pega da enxerto (RAYNARD et al, 2003; MARTIN-SALCES et al, 2008). Além disso, o paciente estando em bom estado nutricional, terá uma recuperação hematopoética e do seu sistema imune mais rápida, resultando em um menor tempo de internação (INCA, 2009).

Após o período de alta hospitalar, inúmeros cuidados devem ser tomados, uma vez que muitos efeitos indesejáveis tardios podem ocorrer no pós-transplante. Os mais comuns são rejeição do enxerto, recidiva da doença, neoplasia secundária e disfunções imunológicas. Além disso, os efeitos tardios podem estar relacionados à combinação de vários fatores, como doença de base, condicionamento utilizado, tipo de transplante e complicações agudas (DE CASTRO JR et al, 2001).

5.6 Atenção integral e cuidado multiprofissional ao paciente submetido à transplante de células tronco hematopoéticas

A oncologia por ser uma especialidade médica na qual o paciente enfrenta um tratamento na maioria das vezes doloroso, faz-se de extrema importância para a eficácia do processo terapêutico a integração da equipe multidisciplinar. Devido à complexidade do TCTH é demandada uma atenção especializada da equipe multiprofissional que está apta para atender o usuário. Para que toda essa logística funcione plenamente e em prol do paciente essa equipe multiprofissional completa e eficiente deve dar assistência integral ao mesmo e aos seus cuidadores e familiares.

A autonomia do enfermeiro neste cenário é devida a tomada de decisão acerca dos cuidados de enfermagem para o paciente e família. O enfermeiro deve entrar em contato com o paciente e/ou doador desde que é indicado para o transplante, através de um ambulatório pré-transplante, para repassar as informações referentes ao protocolo que será utilizado, rotinas da unidade, exame físico, história clínica, riscos e complicações do procedimento. Nestes casos o profissional enfermeiro com visão ampla do cuidado e presença acolhedora é de suma importância para passar segurança e tranquilidade durante a estada do paciente na internação e após a alta hospitalar (PINHO IC et al, 2006).

O TCTH trata-se de um procedimento complexo do ponto de vista físico e psíquico, sendo cada vez mais reconhecida hoje em dia a necessidade de intervenção psicológica tanto com o paciente como com os seus familiares. As intervenções psicológicas neste âmbito abarcam a fase que precede o transplante; a avaliação psicológica do paciente que aceita a submeter-se ao tratamento; avaliação com o doador; grupos realizados com os pacientes que se encontram em fila de espera do TCTH; reuniões com os familiares de pacientes; atendimento psicológico individual com os pacientes; intervenções durante a internação; na decisão de realizar o transplante; intervenções devido ao regime de isolamento; no TCTH propriamente

dito; rejeição do enxerto ou a pega; preparação para a alta; adaptação fora do ambiente hospitalar; bem como na fase posterior ao TCTH (TORRANO-MASETTI LM, 2000).

Antes do procedimento, durante os atendimentos ambulatoriais multiprofissionais o profissional Farmacêutico tem a incumbência de fazer a reconciliação medicamentosa desses pacientes, para que no momento da internação a unidade já esteja preparada para atender todas as necessidades dos mesmos. Dando sequência, para que o transplante possa acontecer, o primeiro passo após a internação e acomodação do paciente na unidade é o condicionamento para o procedimento, o mesmo consiste na administração de altas doses de quimioterápicos antineoplásicos e/ou irradiação corpórea total (MC LEOD HL, 1998), sendo de responsabilidade do farmacêutico o acompanhamento e manipulação do tratamento quimioterápico a ser utilizado pelo paciente, assim como a obrigação de providenciar as drogas imprescindíveis para que esse condicionamento seja bem sucedido. É nessa fase que se inicia, também, a terapia adjuvante com antieméticos, anti-histamínicos, corticosteróides, analgésicos, imunossupressores, protetores gástricos e antimicrobianos específicos com o propósito de evitar, reduzir ou aliviar as Reações Adversas decorrentes da quimioterapia antineoplásica ou ainda, prevenir complicações, reações essas que devem ser explicadas ao paciente nas consultas ambulatoriais prévias também (SULLIVAN KM, 2001) (ELDAR R, 2004).

Os cuidados gerais relativos ao paciente submetido ao TCTH incluem avaliações odontológicas rotineiras, juntamente às consultas ambulatoriais multiprofissionais prévias realizadas, pois a cavidade oral é um sítio propício a infecções, podendo levar a bacteremias, por isso essas lesões devem ser previamente tratadas pelo cirurgião dentista, para que durante o período de imunossupressão causado pelo condicionamento do transplante o paciente não tenha mais um agravante causador de infecções. Estudos tem considerado que o estado de saúde bucal do paciente submetido ao TCTH é um fator que interfere diretamente no grau de morbidade durante o tratamento (BARKER GJ, 1997; KEEFE DM et al, 2007).

5.7 Inserção e papel do cirurgião-dentista na equipe multiprofissional

Muito tem se discutido sobre a saúde bucal do paciente submetido ao TCTH e sua correlação com a morbidade durante o tratamento (LUIZ et al, 2008; BARKER, 1999; KEEFE et al, 2007). Sabe-se que focos infecciosos em cavidade oral podem causar complicações sistêmicas graves em pacientes em neutropenia (LUIZ et al, 2008). A doença periodontal avançada e a lesão periapical de natureza endodôntica são as principais infecções odontogênicas

capazes de desenvolver infecções sistêmicas nos pacientes transplantados de medula óssea. A primeira é caracterizada por uma infecção crônica, localizada no periodonto e osso (mandibular ou maxilar), na qual os patógenos podem alcançar a corrente sanguínea e causar complicações graves. Para prevenção da doença periodontal avançada, antes do TCTH, o paciente deve realizar uma consulta com um cirurgião-dentista para remoção de cálculos dentários supra e sub gengivais e quando necessário, exodontia de dentes com grande comprometimento periodontal (BARKER, 1999). Já a lesão periapical de origem endodôntica acontece quando existem dentes com comprometimento pulpar, formando um tecido granulomatoso no ápice dos mesmos. Essa lesão pode evoluir para abscessos e/ou celulites. Quando a lesão se encontra assintomática, sendo encontrada através de radiografias de rotina, a indicação terapêutica é a não intervenção antes da realização do TCTH, sendo necessário apenas o acompanhamento clínico. As lesões sintomáticas devem ser tratadas antes de o paciente ser submetido ao TCTH, com tempo mínimo para que seja possível comparar através de radiografias periapicais, a involução da lesão (LUIZ et al, 2008).

Os pacientes transplantados apresentam alterações bucais, decorrentes da imunossupressão provocada pelo condicionamento. Algumas dessas alterações podem se agravar e levar à complicações sistêmicas, fazendo com que o paciente permaneça mais tempo hospitalizado, aumentando o custo do tratamento, além de afetar a qualidade de vida do mesmo (DELLA COSTA RIGONI, 2012). Dentre essas alterações a mucosite oral (OM) é a mais frequente. A mucosite é decorrente do resultado de uma série de mudanças inflamatórias nas células epiteliais e subepiteliais afetando toda a mucosa gastrintestinal. Alguns estudos têm demonstrado que ela ocorre principalmente nos dias após a infusão das células (+2 a +18) (DA SILVA SANTOS, 2005). Para um melhor diagnóstico e manejo da mucosite, a Organização Mundial da Saúde (OMS) organizou uma escala com sua gradação (Tabela 1), facilitando assim, a discussão sobre o tratamento entre os clínicos (MILLER et al, 1981).

<i>Grau</i>	<i>Gravidade das lesões</i>
0	Sem evidência de mucosite
1	Eritema; lesões pouco sintomáticas
2	Eritema; úlcera; ingere sólidos e líquidos
3	Eritema; úlceras; só pode ingerir líquidos
4	Úlceras confluentes; alimentação não é possível

TABELA 1 - Grau das mucosites segundo escala da OMS (Miller et al, 1981)

Na cavidade oral, a droga citotóxica utilizada para o condicionamento afeta as células epiteliais da camada basal, inibindo ou diminuindo a reprodução celular. Como essas células estão sempre em renovação, não havendo a reposição, o tecido conjuntivo subjacente fica exposto. Esse processo desencadeia dor intensa, ulceração, dificuldade na fala, mastigação e deglutição, levando o paciente, muitas vezes, a necessidade de nutrição parenteral. Os primeiros sinais e sintomas da mucosite oral são eritema, edema, sensação de queimação e sensibilidade a alimentos quentes e/ou condimentados. As áreas eritematosas podem desenvolver elevadas áreas brancas escamativas e subsequentemente úlceras dolorosas. Os principais locais das lesões orais são palato mole, mucosa jugal, lábios, superfície ventral da língua e assoalho bucal (SANTOS, 2005). Como forma de tratamento profilático tem-se utilizado da crioterapia e da laserterapia com laser de baixa potência (LLLT). Porém para tratamento curativo, somente a LLLT tem se mostrado eficaz (SANTOS, 2005).

Alguns agentes neoplásicos são capazes de provocar xerostomia, hipossalivação e alteração no paladar dos pacientes, principalmente quando são administrados em altas doses. A xerostomia é a sensação de boca seca e a hipossalivação é a diminuição do fluxo salivar. Essas alterações podem causar desconforto na cavidade oral, dor, disfagia, dificuldades na fala, além de aumentar o risco de lesões cariosas e outras infecções. Como tratamento, existem medidas paliativas, para aliviar os sintomas, utilizando-se de bochechos com agentes antimicrobianos, géis ou pastas fluoretadas, saliva artificial, sprays com agentes anestésicos (AMEROGEN et al, 2003). Pouco se sabe sobre o mecanismo de alteração do paladar provocado pelos agentes antineoplásicos, mas alguns autores afirmam que a mudança no paladar faz com que os pacientes tenham redução da ingesta alimentar. Assim como o paladar é perdido, ele pode ser adquirido novamente, sem a realização de qualquer tratamento, em alguns meses após o TCTH (RABER-DURLACHER et al, 2004).

Os cuidados gerais relativos ao paciente submetido ao TCTH incluem avaliações odontológicas rotineiras, juntamente com as consultas ambulatoriais multiprofissionais prévias realizadas, pois a cavidade oral é um sítio propício a infecções, podendo ocasionar bacteremias. Por isso, quando existentes, essas infecções devem ser previamente tratadas pelo cirurgião-dentista, para que durante o período de imunossupressão causado pelo condicionamento do transplante, o paciente não tenha mais um agravante causador de infecções. Além disso, estudos tem demonstrado que o estado de saúde bucal do paciente submetido ao TCTH é um fator que interfere diretamente no grau de morbidade durante o tratamento (BARKER, 1999; KEEFE et al, 2007).

Durante todo o tratamento, o cirurgião dentista realiza o acompanhamento desses pacientes, com aplicações de laserterapia de baixa potência para diminuir o surgimento e a intensidade das mucosites orais e avaliando a mucosa oral a fim de prevenir ou diagnosticar infecções oportunistas. As mais frequentes infecções oportunistas observadas nos pacientes submetidos ao TCTH são fúngicas (cândida) e virais (vírus da família do herpes vírus humano) e elas são um pouco diferentes das que ocorrem em pacientes que não estão neutropênicos, sendo mais extensas, dolorosas, com características clínicas diferentes. Essas lesões são mais difíceis de tratar e muitas vezes o diagnóstico só é finalizado através do exame histopatológico (LUIZ et al, 2008).

Diante disso, a participação do cirurgião-dentista nas equipes multiprofissionais dos centros de tratamento de pacientes onco-hematológicos é de grande importância, já que ele é o profissional capacitado para o diagnóstico precoce e tratamento adequado das complicações bucais (LUIZ et al, 2008).

5.8 A realidade das equipes multiprofissionais nos ambientes hospitalares

A humanização do atendimento surgiu após a busca de uma forma de melhorar a assistência à saúde, levando em consideração o cumprimento das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Camelo (2011) esclarece que a integralidade da assistência, um dos princípios do SUS, deve ser o eixo central na organização do trabalho nos hospitais. Assim, relata que o conceito ampliado de saúde, a continuidade da atenção, a construção multiprofissional de projetos terapêuticos, e a busca pela autonomia dos usuários e suas famílias na produção e promoção de saúde, com o seu empoderamento sobre suas condições, não são atributos exclusivos da Atenção Básica, eles devem estar também inseridos no contexto hospitalar. Então, para que o atendimento hospitalar contemplasse todas as necessidades do paciente, realizando-se atendimentos de forma mais humanizada, foi criado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). A implementação desse programa envolveu o Ministério da Saúde (MS), Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e entidades da sociedade civil.

Humanizar a assistência à saúde significa criar uma rede de diálogo entre usuários e profissionais da saúde, a fim de promover um atendimento integral, com dignidade, gerando resultados satisfatórios para o indivíduo, família e sociedade, seja nos processos de prevenção, cura ou reabilitação (CAMELO, 2011; OLIVEIRA et al, 2006). No contexto hospitalar, entende-se como humanização do atendimento, um cuidado oferecido pela equipe multiprofissional.

O SUS instituiu uma política pública de saúde que, apesar de alguns avanços, hoje, ainda enfrenta fragmentações, principalmente no processo de trabalho e nas relações entre os diferentes profissionais. Há fragmentação da rede assistencial, precária interação entre as equipes, burocratização e verticalização do sistema, baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, entre outros (OLIVEIRA et al, 2006). Isso se deve, muitas vezes, à forte concentração de poder decisório no topo da estrutura e o grande número de níveis hierárquicos ainda existentes nas instituições (CAMELO, 2011). Por isso, Camelo (2011) explica que as ações realizadas no interior da instituição hospitalar devem ser articuladas, para que ocorra a integração do trabalho dos diversos profissionais de uma mesma área e também entre equipes de trabalhadores de diferentes áreas.

No papel, a humanização do cuidado ao paciente parece simples, necessitando apenas de uma mudança da visão de alguns profissionais e equipes, porém em muitos locais existem instituições com falta de condições técnicas, seja de capacitação ou seja de materiais, o que torna o ambiente desumanizante pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade (OLIVEIRA et al, 2006). O ambiente hospitalar é o local no qual a desumanização do cuidado está mais evidente, pois muitas instituições, principalmente as públicas, trabalham com carências de recursos humanos, materiais e de espaço físico, o que remete em muitos atendimentos distante do que seria o ideal.

Não existe humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. É fundamental que existam boas e sólidas relações entre profissional de saúde e paciente, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade. (OLIVEIRA et al, 2006). A contratação de profissionais em número suficiente para atender à demanda da população, a aquisição de novos equipamentos médico-hospitalares, a abertura de novos serviços, com a melhoria dos salários e das condições de trabalho, além da melhora da imagem do serviço público de saúde junto à população são objetivos a serem buscados para que ocorra a melhoria na assistência hospitalar à comunidade.

O trabalho em equipe multidisciplinar é uma estratégia de organização de trabalho, na qual os profissionais de diferentes categorias estão em constante aprendizado teórico-prático, articulando-se e discutindo a forma mais adequada de atender o usuário e seus familiares. Sabe-se que essas mudanças nas políticas de saúde tem exigido que os profissionais sejam capazes de trabalhar em equipe e o âmbito hospitalar é o local propício para que essas práticas possam ser fortalecidas e aprimoradas. O trabalho em equipe, como descreve Camelo (2011) é uma forma de articular as ações de saúde no ambiente hospitalar, integrando os profissionais,

superando o isolamento dos saberes e democratizando as relações de trabalho, sendo uma ferramenta ímpar para o alcance dos bons resultados terapêuticos. Fossi (2004) salienta que a equipe multidisciplinar deve ter sua formação centrada nas necessidades do paciente, portanto, a equipe não pode ser pré-organizada. A demanda do paciente é que fará com que os profissionais da saúde se interajam, com o propósito de satisfazer as necessidades globais do mesmo e proporcionar seu bem-estar.

O hospital é um local de atuação de diferentes profissionais com diferentes níveis de formações, onde a estratégia do trabalho em equipe torna-se uma proposta que enfatiza a cooperação e fortalece o trabalho multiprofissional (CAMELO, 2011). O surgimento de inúmeras novas especialidades da área da saúde impossibilita que um único profissional consiga englobar todos os conhecimentos de sua área de atuação. As múltiplas e distintas situações, muitas vezes difíceis e inesperadas, e que fazem parte da realidade dos usuários dos hospitais, exigem que exista o trabalho da equipe multidisciplinar (CHIATTONE, 1996). O trabalho em equipe é o que mais se aproxima da dimensão da complexidade que caracteriza os cuidados em saúde (CAMELO, 2011), no intuito de superar o enfoque biomédico, curativista e fragmentado que tem sido adotado nas organizações hospitalares.

Atualmente os hospitais ainda estão organizados por relações hierárquicas clássicas, com fragmentação das responsabilidades (CAMELO, 2011). Devido ao grande número de atividades desenvolvidas nessas instituições, é preciso que existam equipes compostas por diferentes profissionais. Essas equipes devem trabalhar em harmonia, para que a assistência ao paciente não seja prejudicada e os resultados sejam alcançados. Além disso, a proposta de se trabalhar em equipe é uma estratégia que visa combater a especialização e subdivisão dos saberes entre os profissionais da saúde.

6 MÉTODOS

O presente estudo surgiu após o início de um trabalho multidisciplinar entre as residentes da Enfermagem, Farmácia, Odontologia e Psicologia com a equipe médica e de enfermagem do Ambulatório Pré-Transplante do Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) de um Hospital Universitário do centro do estado do Rio Grande do Sul. A idéia de formar uma equipe multidisciplinar para atender os pacientes que serão submetidos ao TCTH vem de encontro com as Políticas de Humanização (PNH) e de Segurança do paciente (PNSP) preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013)

6.1. Tipo de estudo

Estudo descritivo transversal.

6.2 Local de estudo

Esse estudo foi realizado no âmbito no Hospital Universitário de Santa Maria-RS, nos atendimentos realizados pelo ambulatório multiprofissional Pré-TCTH que aconteciam semanalmente as segundas-feiras à tarde e diariamente no Centro de Transplante de Medula Óssea.

6.3 Coleta de dados

A inserção da equipe multiprofissional e o início das atividades realizadas por ela se deu em abril de 2014 e os dados obtidos para a exposição desse trabalho foram coletados até setembro de 2015.

6.4 Tratamento dos dados

Por ser tratar de um atendimento semanal, em que os pacientes atendidos retornavam para pelo menos mais uma consulta, foram coletados dados das consultas multiprofissionais através do check-list (ANEXO A e B) elaborado pelo médico responsável pelo ambulatório, no qual constavam todas as informações pertinentes e necessárias sobre os pacientes e os devidos encaminhamentos para os profissionais que necessitam realizar atendimentos individuais, como a cirurgiã-dentista e a psicóloga. Esses dados foram sistematizados e serão expostos de acordo com o objetivo de cada trabalho, do qual consiste o projeto inicial. Também foram realizadas buscas nos arquivos dos pacientes para informações complementares.

Para a confecção desse trabalho foi feito um estudo descritivo sobre a mudança da qualidade de vida dos pacientes que receberam atendimento odontológico pré-TCTH e durante o tempo de internação no CTMO.

6.5 Aspectos éticos

Esta pesquisa faz parte do projeto “O Papel de uma Equipe Multidisciplinar na Integralidade da Atenção ao Paciente Oncológico” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM sob o número CAAE 10291913.3.0000.5346, atendendo as prerrogativas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (ANEXO C).

Esta pesquisa teve finalidade acadêmica e destinou-se a elaboração do Trabalho de Conclusão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde – Ênfase em Hematologia-Oncologia, que foi apresentado à Universidade Federal de Santa Maria para obtenção do título de Especialista.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Atualmente o TCTH é um tratamento curativo para muitas doenças onco-hematológicas. O avanço científico dos protocolos usados no procedimento, com agentes antineoplásicos mais modernos e seletivos tem demonstrado a eficácia desse tipo de tratamento. Porém, por se tratar de um procedimento complexo e de alto risco, o cuidado com o paciente precisa ser integral. Fossi (2004) relata que em alguns casos, somente a ajuda médica não basta para que o tratamento seja bem sucedido, já que o ser humano é muito mais do que um corpo físico.

A integração da equipe de saúde, segundo Fossi (2004) é imprescindível para que o atendimento e o cuidado alcance a amplitude do ser humano, considerando as diversas necessidades do paciente. Pensar no trabalho em equipe, no contexto hospitalar, significa pensar no cuidado centrado no paciente e suas necessidades (CAMELO, 2011). É nesse contexto que se encaixa o trabalho realizado pela equipe multiprofissional no Ambulatório Pré-Transplante e no CTMO do Hospital Universitário de Santa Maira – RS, no qual o usuário, doador e familiares tem a oportunidade de se empoderar sobre sua condição, sobre como será realizado o procedimento, principais riscos, benefícios e efeitos colaterais do tratamento, além de ser acompanhado pelos diferentes profissionais durante todo o seu tempo de internação, maximizando o processo de cura desse paciente.

Existem ainda alguns obstáculos que precisam ser combatidos para que o desenvolvimento das equipes multiprofissionais possam ser plenos, entre eles destacam-se o individualismo, as hierarquias injustas dadas pela divisão técnica e social do trabalho, a onipotência de cada profissão que acredita ser “a única e a melhor”, o medo da perda da identidade, o temor à crítica quando possa existir a exposição das limitações e erros de cada especialidade e de cada profissional, a possível perda de privilégios, entre outros (OLIVEIRA et al, 2006). Relatando um pouco da vivência da nossa equipe multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, farmacêutico, psicólogos e cirurgião-dentista, alguns fatores que prejudicam a integração desses profissionais é que muitos deles são transitórios, compostos apenas por residentes do Programa de Residência Multiprofissional, não existindo um

profissional contratado que seja do corpo clínico do hospital. São eles, a farmacêutica, a cirurgiã-dentista. Segundo Camelo (2011), a alta rotatividade dos profissionais é o principal empecilho para a efetivação do trabalho em equipe, pois não há possibilidade de criação de vínculo entre esses profissionais e o trabalho em equipe só é possível quando os profissionais constroem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando o cuidado ao usuário.

Foram atendidos no Ambulatório Pré-Transplante do Centro de Transplante de Medula Óssea do Hospital Universitário de Santa Maria-RS 46 pessoas, sendo 36 pacientes e 10 doadores, entre os meses de abril de 2015 e novembro de 2016. Durante o período analisado, duas crianças foram atendidas pelo Ambulatório. Uma foi submetido a TCTH alogênico e outra à coleta de CTCH, mas por se tratarem de menores de idade foram excluídas do estudo. Também foi atendida uma doadora alogênico não aparentado, para um paciente com LMA, com grau de compatibilidade HLA 10x10, que também foi excluída do estudo. Nesse período, foram realizados TCTH autólogos para MM (sete), LH (dois), LNH (três) e TCTH alogênicos para LMA (três), mielofibrose (um) e Síndrome Mielodisplásica transformada em LMA (um) (Gráfico 1). Desses pacientes, treze eram do sexo feminino e vinte e um do sexo masculino (Gráfico 2). Todos os pacientes que realizaram o TCTH receberam atendimento odontológico anterior ao procedimento. As consultas odontológicas constituíam-se em exames clínicos iniciais e solicitação de tomografia da face para rastreamento de lesões intra-ósseas. Após o planejamento do plano de tratamento, o paciente retornava ao consultório quantas vezes fossem necessárias até estar apto para realizar o transplante. Dos 33 pacientes, cinco não realizaram o TCTH, seja por falta de condições clínicas do próprio paciente ou doador; ou por decisão pessoal de desistência, em concordância com a equipe e familiares. Ainda se encontram na fila de espera para o transplante nove pacientes, que já estão com as consultas e exames pré-TCTH em dia. Quatro pacientes foram a óbito, sendo que três óbitos ocorreram antes da realização do procedimento e 1 após 102 dias do TCTH.

Gráfico 1 - Relação entre transplantes realizados com pacientes do sexo feminino e masculino no HUSM entre os meses de abril de 2014 e novembro de 2015

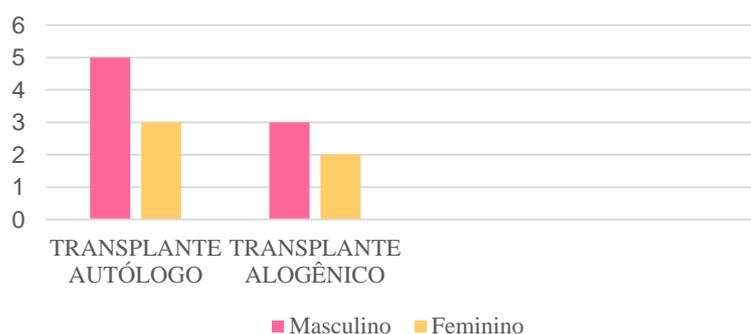
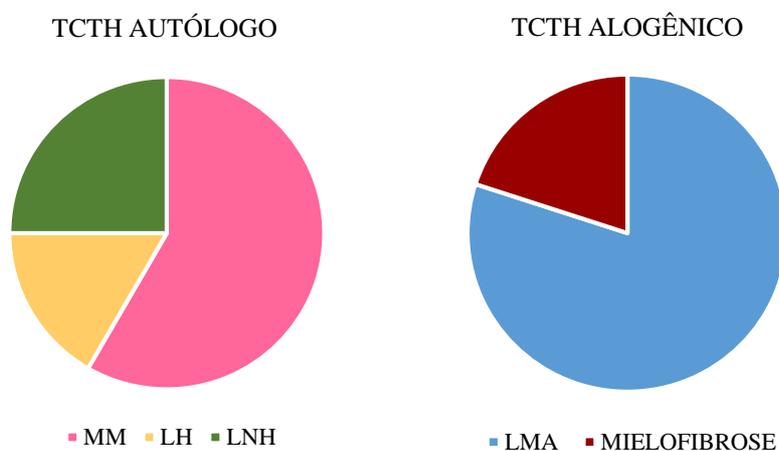


Gráfico 2 - Doenças de base tratadas com TCTH no CTMO do HUSM nos períodos de abril de 2014 a novembro de 2015



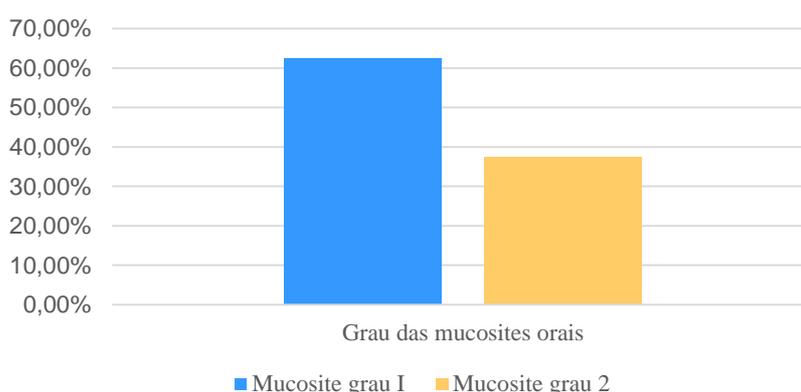
A boca é considerada um sítio frequente de aparecimento de complicações decorrentes do TCTH, tais como OM, DECH, disgeusia, disfagia, infecções oportunistas, xerostomia, entre outros. Muitas dessas complicações ocorrem devido a toxicidade medicamentosa do regime de condicionamento quimioterápico, ou à imunossupressão do paciente (SONIS et al, 2004). Essas manifestações alteram a qualidade de vida do paciente submetido ao TCTH e para serem minimizadas e tratadas corretamente é necessário a presença de um CD na equipe, pois ele é o profissional capaz de prevenir e tratar essas lesões no momento certo. Na equipe multiprofissional do Ambulatório Pré-Transplante o papel exercido pela cirurgiã-dentista é de avaliações clínicas e radiográficas iniciais, para planejar o tratamento odontológico com o intuito de eliminar focos infecciosos e investigar a existência de lesões em mucosa oral. Além disso, o paciente é orientado sobre os cuidados orais que deve manter durante sua internação, utilizando escova e creme dental prescritos, sobre os efeitos colaterais do tratamento que podem ocorrer na cavidade oral e como eles serão prevenidos e tratados.

Um estudo de Bezinelli e colaboradores (2014) avaliou 167 pacientes submetidos ao TCTH em um hospital privado do Brasil. Eles foram divididos em dois grupos, 91 pacientes (Grupo I) receberam laserterapia para controle da OM e acompanhamento de uma equipe de cirurgiões-dentistas e 76 pacientes (Grupo II) realizaram o TCTH antes da inserção da equipe odontológica, logo não receberam laserterapia e as orientações sobre os cuidados com a higiene oral foram passadas pela equipe de enfermagem. Os pesquisadores concluíram que após a inserção do CD na equipe multidisciplinar os custos hospitalares com pacientes transplantados de medula óssea diminuíram em 30%, pois o grupo II teve mais tempo de internação, utilização

de opióides para o controle da dor, apresentaram mais picos de febre, além de maior necessidade de utilização da nutrição parenteral. Concluíram também que a utilização do laser de baixa potência para o controle da OM e cuidados básicos de higiene oral são capazes de reduzir a morbidade desses pacientes.

Os dezessete pacientes que realizaram TCTH autólogo ou alogênico entre os meses de abril de 2014 e novembro de 2015 no CTMO do HUSM foram acompanhados de segunda-feira a sexta-feira, desde o primeiro dia do condicionamento até a pega do enxerto, por uma cirurgiã-dentista residente, para a realização de laserterapia para o controle da OM, avaliações diárias de infecções e outras comorbidades e orientações de higiene oral. Foi possível com esse atendimento integral que os pacientes desenvolvessem mucosites orais de no máximo grau I (37,5%) ou grau II (62,5%), segundo escala da OMS, e que nenhum paciente desenvolveu infecções oportunistas (Gráfico 3). Apesar disso, muitos fizeram uso de opióides e NPT, pois a mucosite do TGI foi de grau IV. Esses achados também são descritos por Napeñas e colaboradores (2007), que relatam que um controle eficiente da placa bacteriana para a manutenção da saúde bucal, consegue diminuir a taxa da flora bucal, sendo a severidade da mucosite muito menor. Além disso, segundo Araújo (2013) antes do início do condicionamento, os pacientes em preparo para o TCTH devem receber consultas odontológicas para levantamento do estado de saúde bucal e tratamento odontológico para prevenir complicações durante a neutropenia.

Gráfico 3 - Grau das mucosites orais, segundo escala da OMS, nos pacientes submetidos à TCTH



É necessário criar um espaço para os cirurgiões-dentistas nas equipes multiprofissionais hospitalares, pois o diagnóstico precoce de alterações estomatológicas, o combate e prevenção das complicações bucais representam um benefício para o paciente, promovendo redução do tempo de internação, diminuição da utilização de medicamentos, melhora nutricional e redução

de despesas hospitalares (ARAÚJO, 2013; DA SILVA SANTOS et al, 2009; DA SILVA SANTOS et al, 2011). Por isso, é fundamental a participação de cirurgiões-dentistas na equipe multiprofissional dos Centros de Transplantados de Medula Óssea, para que os pacientes possam ser acompanhados antes da internação, realizando procedimentos odontológicos a fim de minimizar complicações futuras, durante o transplante, para eventuais necessidades e após o transplante, para o controle de complicações tardias ao tratamento.

8 CONCLUSÃO

- * É extremamente necessário o empoderamento do paciente, seus familiares e doador sobre os principais riscos, benefícios e efeitos colaterais do TCTH.
- * O trabalho em equipe multiprofissional é o que mais se aproxima da dimensão da complexidade que caracteriza os cuidados em saúde, no intuito de superar o enfoque biomédico, curativista e fragmentado que tem sido adotado nas organizações hospitalares.
- * A atenção integral ao paciente será concretizada, uma vez que todas as profissões estarão presentes para dar sua contribuição e maximizar o processo de cura desse paciente.
- * É fundamental a participação de cirurgiões-dentistas na equipe multiprofissional dos Centros de Transplantados de Medula Óssea. Esse é o profissional capacitado para acompanhar os pacientes antes da internação, realizando procedimentos odontológicos a fim de minimizar complicações futuras, durante o transplante para eventuais necessidades e após o transplante, para o controle de complicações tardias ao tratamento.

REFERÊNCIAS

- AMERONGEN, A. N.; VEERMAN, E. Current therapies for xerostomia and salivary gland hypofunction associated with cancer therapies. *Supportive care in câncer*. v. 11, n. 4, p. 226-231, 2003.
- ARAÚJO, J. E. T. Alterações estomatológicas de pacientes em preparo para transplante de células-tronco hematopoiéticas. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2013.
- ARMITAGE, J. O. Bone Marrow Transplantation. *N Eng J Med*. n. 330, p. 827-38, 1994.
- BARKER, G. J. Current practices in the oral management of the patient undergoing chemotherapy or bone marrow transplantation. *Support Care Cancer*. v. 7, n. 1, p. 17-20, 1999.
- BEZINELLI, L. M.; PAULA EDUARDO, F.; LOPES, G.; MARQUES, R.; BIAZEVIC, M. G. H.; PAULA EDUARDO, C.; MICHEL-CROSATO, E. Cost-effectiveness of the introduction of specialized oral care with laser therapy in hematopoietic stem cell transplantation. *Hematological oncology*. v. 32, n. 1, p. 31-39, 2014.
- CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare enferm*. v. 16, n. 4, p. 734-40, 2011.
- CHIATTONE, H. B. C. A criança e a morte. E a psicologia entrou no hospital. p. 69-146, 1996.
- CONSENSO NACIONAL DE NUTRIÇÃO ONCOLÓGICA. *Disponível em: http://www.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/Consenso_Nutricao_internet.pdf*.
- CRUZ, L. B.; CASTRO, J. R. C. G.; GREGIANIN, L. J.; CARVALHO, G. P.; CARTAGENA, M. I.; BRUNETTO, A. L. Relato da experiência em nutrição enteral e parenteral em pacientes submetidos a transplante de medula óssea. *Anais do Congresso Brasileiro de Oncologia Pediátrica*. Vitória. n. 78, p.140, 2000.
- DA SILVA SANTOS, P. S.; BITU, F.; CORACIN, F. L.; MANCUSI SOBRINHO, R.; LIMA, R. B. Oral complications associated with organ and tissue transplants: a literature review. *J. Bras. Transplant*. v. 12, p. 1064-9, 2009.

DA SILVA SANTOS, P. S.; CORACIN, F. L.; BARROS, J. C. D. A.; DULLEY, F. L.; NUNES, F. D.; MAGALHÃES, M. G. Impact of oral care prior to HSCT on the severity and clinical outcomes of oral mucositis. *Clinical transplantation*. v. 25, n. 2, p. 325-328, 2011.

DE CASTRO, J. R.; GREGIANIN, L. J.; BRUNETTO, A. L. Bone marrow transplantation and cord blood transplantation in children. *J Pediatr. Rio de Janeiro*. v. 77, n. 5, p. 345-360, 2001.

DELLA COSTA RIGONI, L. Impacto na recuperação linfocitária precoce na reconstituição imunológica pós transplante alogênico de células tronco hematopóéticas. Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2012

FONSECA, R. B.; SECOLI, S. R. Medicamentos utilizados em transplante de medula óssea: um estudo sobre combinações dos antimicrobianos potencialmente interativos. *Rev Esc Enferm USP*, v. 42, n. 4, p. 706-14, 2008.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. F.; A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da SBPH*. v. 7, n. 1, p. 29-43, 2004.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). 2016. *Disponível em:* <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>

KEEFE, D. M.; SCHUBERT, M. M.; ELTING, L. S.; SONIS, S. T.; EPSTEIN, J. B.; RABER-DURLACHER, J. E.; MIGLIORATI, C. A.; MCGUIRE, D. B.; HUTCHINS, R. D.; PETERSON, D. E. Mucositis Study Section of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and the International Society for Oral Oncology. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. *Cancer*. v. 109, n. 5, p. 820-831, 2007.

LORENZ, E.; UPHOFF, D.; REID, T. R.; SHELTON, E. Modification of irradiation injury in mice and guinea-pigs by bone marrow injections. *J Natl Cancer Inst*. n. 12, p. 197-201, 1951.

LUIZ, A C. Alterações bucais em pacientes submetidos ao transplante de células tronco hematopóéticas: estudo longitudinal. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2012.

LUIZ, A. C.; EDUARDO, F. P.; BEZINELLI, L. M.; CORREA, L. Alterações bucais e cuidados orais no paciente transplantado de medula óssea. *Rev Bras Hematol Hemoter.* v. 30, n. 6, p. 480-487, 2008.

MARTIN-SALCES, M.; PAZ, R.; CANALES, M.A.; MESEJO, A.; HENANDEZ-NAVARRO, F. Nutritional recommendations in hematopoietic. *Nutrition.* 2008; v. 24, n. 7-8, p. 769-775, 2008.

MATTEVI, G. S.; FIGUEIREDO, D. R.; PATRÍCIO, Z. M.; DA SILVA, I. B. R. A participação do cirurgião-dentista em equipe de saúde multidisciplinar na atenção à saúde da criança no contexto hospitalar. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4229-4236, 2011.

MELO, M. C.; QUELUCI, G. C.; GOUVEA, M. V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP.* São Paulo, v. 48, n. 4, p. 706-714, 2014.

MILLER, A.B.; HOOGSTRATEN B.; STAQUET M.; WINKLER, A. Reporting results of cancer treatment. *Cancer.* v. 1, n. 47, p. 207-214. 1981.

MOON, J. H.; SOHN, S. K.; LAMBIE, A.; ELLIS. L.; HAMAD, N.; UHM, J.; GUPTA, V.; LIPTON, J. H.; MESSNER, H. A.; KURUVILLA, J.; KIM, D. Validation of National Institutes of Health Global Scoring System for Chronic Graft-Versus-Host Disease (GVHD) According to Overall and GVHD-Specific Survival. *Biol Blood Marrow Transplant.* v. 20, n. 4, p. 556-563, 2014.

NAPEÑAS, J. J.; BRENNAN, M. T.; BAHRANI-MOUGEOT, F. K.; FOX, P. C.; LOCKHART, P. B. Relationship between mucositis and changes in oral microflora during cancer chemotherapy. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology.* v. 103, n. 1, p. 48-59, 2007.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. La humanización en la atención a la salud. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermagem.* v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006.

- OSGOOD, E. E.; RIDDLE, M. C.; MATHEWS, T. J. Aplastic anemia treated with daily transfusions and intravenous marrow: case report. *Ann Intern Med*, n. 13, p. 357-367, 1939.
- OTENIO, C. C. M.; NAKAMA, L.; LEFÈVRE, A. M. C.; LEFÈVRE, F. Trabalho multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saude soc. São Paulo*. v. 17, n. 4, p. 135-150, 2008.
- PEREIRA, C. M.; DE ALMEIDA, O. P.; CORRÊA, M. E. P.; COSTA, F. F.; DE SOUZA, C. A.; BARJAS-CASTRO, M. L. Detection of human herpesvirus 6 in patients with oral chronic graft-vs-host disease following allogeneic progenitor cell transplantation. *Oral diseases*, v. 13, n. 3, p. 329-334, 2007.
- RABER-DURLACHER, J. E.; BARASCH, A.; PETERSON, D. E.; LALLA, R. V.; SCHUBERT, M. M.; FIBBE, W. E. Oral complications and management considerations in patients treated with high-dose chemotherapy. *Supportive Cancer Therapy*, v. 1, n. 4, p. 219-229, 2004.
- RAYNARD, B.; NITENBERG, G.; GORY-DELABAERE, G.; BOURHIS, J. H.; BACHMANN, P.; BENSADOUN, R. J.; DESPORT, J. C.; KERE, D.; SCHNEIDER, S.; SENESSE, P.; P BORDIGONI, P.; DIEU, L. Summary of the Standards, Options and Recommendations for nutritional support in patients undergoing bone marrow transplantation. *Br J Cancer*. n. 89, p. 101-106, 2003.
- SANDERS, J. E. Bone marrow transplantation for pediatric malignancies. *Pediatric Clinics of North America*. p. 275-280, 1997.
- SANTOS, P. S. S. Avaliação da mucosite oral em pacientes que receberam adequação bucal prévia ao transplante de medula óssea. São Paulo. Faculdade de Odontologia da USP. 2005.
- SLAVIN, S.; NAGLER, A. Immune adjuvant therapy post high dose therapy. In: Armitage JO, Antman KH, eds. *High dose cancer therapy: pharmacology, hematopoietins, stem cells*. Philadelphia: Lippincott & Wilkins; v. 3, p.123-137, 2000.

SONIS, S. T.; ELTING, L. S.; KEEFE, D.; PETERSON, D. E.; SCHUBERT, M.; HAUER-JENSEN, M.; RUBENSTEIN, E. B. Perspectives on cancer therapy-induced mucosal injury. *Cancer*, v. 100, n. S9, p. 1995-2025, 2004.

SULLIVAN, K. M.; AGURA, E.; ANASETI, C.; APPELBAUM, F.; BADGER, C.; BEARMAN, S.; ERICKSON, K.; FLOWERS, M.; HANSEN, J.; LOUGHRAN, T. Chronic graft versus host disease and other late complications of bone marrow transplantation. *Semin Hematol.* n. 28, p. 250-259, 1991.

THOMAS, E. D; STORB, R. Technique for human marrow grafting. *Blood.* n. 36, p. 507-515, 1970.

THOMAS, E. D.; STORB, R.; CLIFT, R. A.; FEFER, A.; JOHNSON, F. L.; NEIMAN, P. E.; LERNER, K. G.; GLUCKSBERG, H.; BUCKNER, C. D.. Bone marrow transplantation. *N Engl J Med.* n. 292, p. 832-843, 1975.

WINGARD, J. R.; MAJHAIL, N.S.; BRAZAUSKAS, R.; WANG, Z.; SOBOCINSKI, K. A.; JACOBSON, D.; SORROR, M. L.; HOROWITZ, B. B.; RIZZO, J. D.; SOCIÉ, G. Long-term survival and late deaths after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *J Clin Oncol.* v. 29, n. 16, p.2230–2239, 2011.

ANEXOS

ANEXO A

Serviço de Hematologia-Oncologia

Centro de Transplante de Medula Óssea

Checklist Pré-TCTH receptor alogênico aparentado () Adulto () Pediátrico

Nome:

DN:

Same:

Tipificação HLA:A*____, ____ B*____, ____ Cw*____, ____ DRB1*____, ____ DQB1*____, ____

01. Avaliações profissionais

Médico				
Enfermagem				
Assistente Social				
Psicologia				
Nutricionista				

02. Exames laboratoriais : Solicitação ____ / ____ / ____ Responsável _____

HEMATOLOGIA ____ / ____ / ____	Hematócrito		Hemoglobina		Plaquetas				
	Leucócitos								
	VCM		TP / INR		TTP		ABO/Rh		
BIOQUÍMICA ____ / ____ / ____	Ureia	Creatinina	TGO	TGP	Bilirrubinas				
	DHL	Fosf Alc	Glic jejum	Proteínas	Albumina				
	Na	K	Ca	Mg	P				
	GGT	DCE							
	EQU								
SOROLOGIA ____ / ____ / ____ R = reagente NR = não reagente 0 = não realizado	CMV	Anti-IgM	HBV	HBsAg	SÍFILIS	VDRL			
		Anti-IgG		Anti-HBs		FTAbs			
	TOXOPLASMA	Anti-IgM	HCV	Anti-HBc	TRIPANOSSO MA	IgM			
		Anti-IgG		Anti-HCV		IgG			
	EBV	Anti-IgM	HIV	Anti-HIV		Totais			
		Anti-IgG	HTLV	Anti-HTLV 1/2					
OUTROS ____ / ____ / ____									
Gravidez									

03. Exames de imagem e demais exames complementares: Solicitação ____ / ____ / ____ Responsável _____

Exame	Data	Resultado
Rx de tórax		
Rx de seios da face		
US abdômen		
TC de tórax		
TC de abdômen		
Eletrocardiograma		
Ecocardiograma		

Ecocardió myoc strain		
Espirometria		

04. Consultorias / Interconsultas médicas: Solicitação ____ / ____ / ____ Responsável _____

Consultor / Especialidade	Data	Resumo do Parecer
Farmacêutico		
Fisioterapia		
Terapia Ocupacional		
Odontólogo		

05. Planejamento das datas dos procedimentos e confirmação de equipes

Procedimento	Data	Responsáveis
Internação para transplante		
Equipe de Criopreservação avisada		
Inserção de cateter venoso de longa permanência		
Incompatibilidade ABO? Equipe de Criopreservação avisada?		
Data do início do condicionamento: esquema _____		
Data do transplante (Dia Zero)		
Equipe de Transplantadores avisada		

06. Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), em anexo: () Não () Sim / Responsável: _____

07. Reunião de discussão com a Equipe do Ambulatório Pré-TMO: Data: ____ / ____ / ____ Conclusão =>

08. Reunião de discussão com a Equipe Médica: Data: ____ / ____ / ____ Conclusão =>

09. Notas complementares / observações:

--

ANEXO B

Centro de Transplante de Medula Óssea

Checklist Pré-TCTH autólogo () Adulto () Pediátrico

Nome:

DN:

Same:

01. Avaliações profissionais

Médico				
Enfermagem				
Assistente Social				
Psicologia				
Nutricionista				

02. Exames laboratoriais : Solicitação ___ / ___ / ___ Responsável _____

HEMATOLOGIA ___ / ___ / ___	Hematócrito		Hemoglobina		Plaquetas	
	Leucócitos					
	VCM		TP / INR		TTP	
BIOQUÍMICA ___ / ___ / ___	Ureia		Creatinina		TGO	
	DHL		Fosf Alc		Glic jejum	
	Na		K		Ca	
	GGT		DCE			
	EQU					
SOROLOGIA ___ / ___ / ___ R = reagente NR = não reagente 0 = não realizado	CMV	Anti-IgM		HBV	HBsAg	
		Anti-IgG			Anti-HBs	
	TOXOPLASMA	Anti-IgM		HCV	Anti-HBc	
		Anti-IgG			Anti-HCV	
	EBV	Anti-IgM		HIV	Anti-HIV	
		Anti-IgG		HTLV	Anti-HTLV 1/2	
OUTROS ___ / ___ / ___	Gravidez					

03. Exames de imagem e demais exames complementares: Solicitação ___ / ___ / ___ Responsável _____

Exame	Data	Resultado
Rx de tórax		
Rx de seios da face		
US abdômen		
TC de tórax		
TC de abdômen		
Eletrocardiograma		
Ecocardiograma		
Ecocardió myoc strain		
Espirometria		

04. Consultorias / Interconsultas médicas: Solicitação ____ / ____ / ____ Responsável _____		
<i>Consultor / Especialidade</i>	<i>Data</i>	<i>Resumo do Parecer</i>
<i>Farmacêutico</i>		
<i>Fisioterapia</i>		
<i>Terapia Ocupacional</i>		
<i>Odontólogo</i>		
05. Planejamento das datas dos procedimentos e confirmação de equipes		
<i>Procedimento</i>	<i>Data</i>	<i>Responsáveis</i>
<i>Internação para transplante</i>		
<i>Equipe de Criopreservação avisada</i>		
<i>Inserção de cateter venoso de longa permanência</i>		
<i>Incompatibilidade ABO? Equipe de Criopreservação avisada?</i>		
<i>Data do início do condicionamento: esquema _____</i>		
<i>Data do transplante (Dia Zero)</i>		
<i>Equipe de Transplantadores avisada</i>		
06. Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), em anexo: () Não () Sim / Responsável: _____		
07. Reunião de discussão com a Equipe do Ambulatório Pré-TMO: Data: ____ / ____ / ____ Conclusão =>		
08. Reunião de discussão com a Equipe Médica: Data: ____ / ____ / ____ Conclusão =>		
09. Notas complementares / observações:		

ANEXO C

	Universidade Federal de Santa Maria - UFSM	Data/Hora: 25/02/2016 10:15 Autenticação: B3E2.C130.B066.35DC.9C47.B94C.20FF.2147 Consulte em http://www.ufsm.br/autenticacao
Projeto na Íntegra		
Título: O PAPEL DE UMA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR NA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO AO PACIENTE ONCOLÓGICO		
Número: 032737	Classificação: Ensino	Registrado em: 03/08/2012
Situação: Em andamento	Início: 03/08/2012	Término: 03/08/2017
Avaliação: Avaliado		Última avaliação: 29/01/2016
Fundação: Não necessita contratar fundação		Número na fundação: Não se aplica
Supervisor financeiro: Não se aplica		Valor previsto: Não se aplica
Pagamento de bolsa: Não paga nenhum tipo de bolsa		
Proteção do conhecimento: Projeto não gera conhecimento passível de proteção		
Tipo de evento: Não se aplica	Carga Horária: Não se aplica	Alunos matriculados: Não se aplica
		Alunos concluintes: Não se aplica
Palavras-chave: residência, multiprofissional, Hemato-oncologia, interdisciplina		
Resumo: O ensino médico estabelecido em 1910 pelo relatório Flexner, com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista, desconsiderando aspectos sociais e coletivos. As demais profissões da área da saúde igualmente seguiram este modelo de ensino. Nos anos 1980 foram desencadeados processos de reforma do setor saúde em vários países. No Brasil, ocorreu a criação do Sistema Único de Saúde, desenhado com a Constituição Brasileira de 1988, sendo seus princípios e linhas gerais de funcionamento estabelecidos no ano de 1990. Com isto, modificou-se o perfil necessário ao médico egresso da universidade, devendo ser a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, nos diferentes níveis de atenção, voltada para ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Paralelamente a estas mudanças, houve um crescente envolvimento de outras profissões na atenção ao paciente, uma vez que uma única disciplina é incapaz de atender a todas as necessidades do usuário, que deve ser visto de forma integral, levando-se em conta suas dimensões sociais, econômicas e culturais. A Residência Multiprofissional da UFSM propõe a integração de diversos núcleos profissionais, seus distintos conhecimentos e as teorias e práticas desenvolvidas em cada campo de atuação. Busca-se provocar a experiência de abertura recíproca e comunicação entre núcleos profissionais, constituindo um plano interdisciplinar que se impõe pela troca de saberes e pela construção coletiva de novos conhecimentos. A Residência Multiprofissional proporciona um espaço privilegiado de formação em serviço em equipes interdisciplinares, que possibilitam troca de experiências, definições conjuntas de planos terapêuticos, abordagens com olhares variados e uma interpenetração de saberes distintos, compondo um novo saber, mais homogêneo, colaborativo e pautado na integralidade da atenção. O objetivo da equipe de residentes da ênfase em Hemato-oncologia é atuar no sentido de tornar o cuidado prestado aos usuários menos fragmentado, a partir de um olhar ampliado, buscando uma atenção efetiva e humanizada, integralizando as ações de todos os profissionais que fazem parte da equipe na atenção aos pacientes oncológicos, a fim de proporcionar qualidade de vida para estes pacientes.		