

CUIDADO DE ENFERMAGEM DURANTE A HEMOTRANSFUSÃO

Flávio Silva Andrade, Juliana de Brito Ribeiro, Roberta Macedo dos Santos, Mirna Dutra
Barbosa e Ana Selma do Amor Divino Moscoso*
Jane Walkíria da Silva Nogueira**

RESUMO: *Pacientes submetidos a hemoterapia demandam cuidados de enfermagem, principalmente no período transfusional. Por isso este estudo tem como objetivo identificar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente durante a hemotransfusão. Para a coleta de dados, foi utilizada a técnica da entrevista semi-estruturada, e o período da coleta foi de 12 a 20 de abril de 2004. A amostra constou de 04 técnicos e 09 auxiliares de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário da cidade de Salvador-Ba. Constatou-se que os cuidados de enfermagem mais frequentes foram: a verificação da temperatura, a observação de uma via de acesso venoso exclusiva para a administração de hemocomponentes, a observação da permeabilidade do acesso venoso, a observação de reações transfusionais. Frente às reações transfusionais, a maioria dos profissionais interrompe a infusão, comunicando ao médico e ao enfermeiro. Após o término da hemotransfusão, a observação e a hidratação do acesso venoso foram os cuidados mais citados. Este estudo permitiu identificar que os técnicos e os auxiliares de enfermagem percebem o procedimento da hemotransfusão como uma técnica simples e rotineira, desconhecendo a complexidade desse cuidado. Por isso, sugere-se que este tema seja abordado nos programas de educação permanente das organizações.*

Palavras-Chave: Cuidados; Enfermagem; Hemotransfusão.

1. INTRODUÇÃO

A reposição ou transfusão sangüínea é a administração endovenosa de sangue total ou de seus componentes, tal como o plasma, concentrado de hemácias ou plaquetas (POTTER, 2001).

Segundo Havoras (1993), citado por Phillips (2001), o procedimento para obtenção de hemocomponentes varia de uma instituição para outra e a administração destes necessita de uma prescrição médica, a qual deve especificar o componente a ser transfundido e o tempo de infusão.

A hemoterapia moderna tem por objetivo transfundir somente o componente que o paciente necessita, em vez do sangue total. As indicações básicas para transfusões são: restaurar volume sangüíneo após uma cirurgia, trauma ou hemorragia; aumentar o número de CVSs (células vermelhas do sangue), manter os níveis de hemoglobina nos clientes com anemia grave, proporcionar componentes celulares selecionados como terapia de reposição, manter a capacidade de transporte de oxigênio e a hemostasia (CARVALHO, 2001; BORDIN, 2000).

Durante ou após a infusão de sangue e hemocomponentes, podem acontecer incidentes transfusionais, que são classificados em imediatos ou tardios de acordo com o tempo decorrido entre a transfusão e a ocorrência do incidente. Os sinais e sintomas mais frequentes são; mal-estar, tremores, calafrios, febre, sudorese, palidez cutânea, mialgia, taquicardia, cianose, náuseas e vômito (CARVALHO, 2001; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

* Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

** Professora Auxiliar 1 do DEMCAE, Especialista em Enfermagem Cardiológica pelo INCOR, Enfermagem em Cuidados Intensivos pela USP, Mestranda em Administração dos Serviços de Enfermagem pela UFBA. Orientadora e co-autora do trabalho. E-mail: janeuw@atarde.com.br.

Durante a administração de sangue e hemocomponentes, os sinais vitais devem ser verificados ao término dos 15 minutos iniciais, e, depois, periodicamente, durante a transfusão. A bolsa de hemocomponentes deve permanecer a uma altura próxima de 1 metro acima da venóclise, a fim de permitir uma velocidade e fluxo adequado nas vias infundidas. O gotejamento nos primeiros 15 minutos deve ficar lento e, posteriormente, pode ser aumentado gradativamente. Drogas e medicações não devem ser administradas ou adicionadas aos hemocomponentes. A etiqueta de identificação de hemoderivados e do seu receptor deve permanecer fixado na bolsa até o término da sua administração. Quanto ao tempo de infusão, o sangue total não deve ultrapassar quatro horas, o concentrado de plaquetas e plasma fresco não deve ultrapassar 20 minutos (CARVALHO; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; PHILLIPS, 2001).

Na terapia transfusional, o enfermeiro deve prestar assistência aos pacientes durante o período pré, inter e pós-transfusional, uma vez que, nestes períodos, podem acontecer intercorrências significativas que devem ser detectadas (LIMA, 1997). Além disso, o atendimento a esta terapia deverá ser feito em condições seguras, com assistência de enfermagem específica e recursos necessários para atender às reações que possam advir (MARTON, 1996).

Diante do que foi exposto, surge, então, a seguinte questão de pesquisa: Quais cuidados de enfermagem têm sido realizados com o paciente durante a transfusão de sangue e hemocomponentes?

Com o intuito de buscar resposta para este questionamento, o objetivo deste estudo constitui: Identificar os cuidados de enfermagem prestados ao paciente durante a infusão de sangue e hemocomponentes.

Considerando que a terapia transfusional exige conhecimento, habilidade e valorização do estado geral do paciente, para que haja um atendimento seguro e com qualidade, torna-se necessário estudar os cuidados prestados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem aos pacientes durante a hemotransfusão. Além disso, são estes profissionais que geralmente são responsáveis pelo cuidado direto ao paciente.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Os efeitos adversos das transfusões de sangue e hemoderivados são inevitáveis, porém os benefícios deste procedimento devem superar os riscos. Frente a esses efeitos, condutas são tomadas para identificar a causa da reação transfusional, bem como detectar as possíveis repercussões clínicas no paciente e a futura conduta transfusional (CARVALHO, 2001).

Incidentes transfusionais são agravos ocorridos durante ou após a transfusão sangüínea e a ela relacionados. Os incidentes transfusionais podem ser classificados em imediatos ou tardios, de acordo com o tempo decorrido entre a transfusão e a ocorrência do incidente. O incidente transfusional imediato é aquele que ocorre durante a transfusão ou em até 24 horas após, e o tardio é aquele que ocorre após 24 h da transfusão realizada.

Os incidentes transfusionais imediatos que devem ser notificados são: reação hemolítica aguda, reação febril não hemolítica, reações alérgicas (leve, moderada, grave), sobrecarga volêmica, contaminação bacteriana, edema pulmonar não cardiogênico, reação hipotensiva, hemólise não imune (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Sabe-se que a reação hemolítica aguda é a mais séria e com um potencial risco de vida. Este tipo de reação ocorre após a infusão de sangue com CVSs incompatíveis. Existem dois tipos de destruição dessas células, que é a *hemólise intravascular* e *extravascular* observadas na incompatibilidade ABO e RH, respectivamente (PHILLIPS, 2001).



Segundo o Ministério da Saúde (2002), a reação hemolítica intravascular resulta quase sempre de erros humanos, tais como troca da amostra e/ou bolsa, provocados por identificações incorretas da amostra, da bolsa ou do paciente ou, ainda, por falta de conferência e supervisão dos procedimentos executados.

Já na *hemólise extravascular*, as células são captadas por anticorpos e removidas pelo sistema radiculoendotelial, observando-se na incompatibilidade Rh. O primeiro sintoma inclui uma sensação de queimação ao longo da veia seguido de dor lombar e dorsal, hiperemia de face. Para prevenir, deve-se ter extrema cautela durante o processo de identificação, a transfusão deve ser iniciada lentamente, e o enfermeiro deve permanecer com o paciente durante os primeiros 15 min (PHILLIPS, 2001).

Em relação às reações não hemolíticas imediatas tem-se:

1)**Febris:** que é a reação transfusional mais freqüente, ocorrendo em 3-4% de todas as transfusões de componentes celulares e em até 10% das transfusões de pacientes politransfundidos (CARVALHO, 2001).

São definidas como aumento de temperatura em 1°C ou mais, ocorrendo em associação com a transfusão. Estas são reações usuais diretas de anticorpos contra leucócitos e plaquetas. Os sinais e sintomas são febre, calafrios, dor de cabeça, náusea, vômito, hipotensão, dor torácica, mal estar. As intervenções recomendadas são: parar a transfusão, manter a veia aberta com soro fisiológico, notificar ao médico, monitorar sinais vitais e prescrever, por decisão do médico, antipiréticos. Este tipo de reação pode ser prevenido ou reduzido pelo uso de hemocomponentes com poucos leucócitos. Produtos HLA compatíveis também podem ser indicados (PHILLIPS, 2001).

A febre que não está relacionada com hemólise é a mais comum reação transfusional aguda, aparecendo em aproximadamente 1% das transfusões. Esta reação é resultado da presença de anticorpos no receptor contra leucócitos do sangue do doador. Os anticorpos antileucócitos são produzidos em resposta a transfusões prévias ou gestações anteriores, portanto este tipo de resposta é usualmente visto em mulheres múltiparas ou em pacientes com história de transfusões anteriores (MARINO, 2000).

O Ministério da Saúde (2002) afirma que a elevação de temperatura, durante uma transfusão de sangue, pode ser um sinal de reação mais grave, como hemólise ou contaminação bacteriana.

2)**Reação Urticiformes:** é a segunda reação transfusional mais freqüente. Ocorre por presença de anticorpos contra produtos solúveis do plasma dos componentes (principalmente proteínas). Os sintomas podem ser localizados na região da infusão, ou generalizados. Caracterizam-se pela presença de urticária, edema palpebral e/ou labial e eritema, porém freqüentemente sem febre. Frente a este tipo de reação, o uso de componentes isentos de plasma (por exemplo, componentes lavados) e/ou administração de anti-histamínicos é aconselhável (CARVALHO, 2001).

3)**Contaminação Microbiana:** é uma reação transfusional extremamente rara, predominando em transfusões de concentrado de plaquetas. Alguns fatores críticos estão envolvidos, como: antecedentes do doador (bacteremia), asepsia da flebotomia, manipulação e armazenamento dos componentes. O quadro clínico é muito grave, predominando hipertermia (temperaturas corporais superiores a 39°C), podendo evoluir para choque, insuficiência renal aguda, coagulopatia intravascular disseminada e até óbito. Antibioticoterapia de largo espectro e suporte intensivo são as condutas necessárias (CARVALHO, 2001).

4)**Edema Pulmonar não Cardiogênico:** é uma reação transfusional dependente da presença de leucoaglutininas potentes no plasma de doadores contra antígenos dos leucócitos dos receptores. A infusão destes componentes leva à formação de leucoagregados que se depositam principalmente em microcirculação pulmonar, com ativação do complemento

(liberação das frações C3a e C5a do complemento), levando a lesão endotelial com alteração de permeabilidade capilar e edema pulmonar intersticial, comprometendo deste modo as trocas gasosas no pulmão. A insuficiência respiratória aguda ocorre precocemente e não se observa sinal de sobrecarga volêmica. A manifestação clínica é frequentemente dramática, porém autolimitada. É necessário o suporte respiratório intensivo (CARVALHO, 2001).

5) **Reação Anafilática:** é desencadeada pela presença de anticorpos contra drogas presentes no plasma do doador ou anti-IgA em receptores deficientes dessa classe de imunoglobulina (aproximadamente 1:1000-1:8000 população). Em ambos os casos, é necessária exposição prévia. O quadro clínico é dramático e de início precoce. Os sintomas incluem náuseas, vômitos, diarreia, hipotensão e até choque. Nestes casos, é necessário o uso de componentes lavados ou obtidos de doadores deficientes de IgA (CARVALHO, 2001).

Quanto às reações transfusionais tardias, não serão abordadas nesta revisão, pelo fato de este estudo limitar-se ao período transfusional.

Sabendo-se, então, das reações que o paciente pode apresentar durante o período transfusional, o Ministério da Saúde (2002) recomenda os seguintes cuidados:

- a) Deve-se permanecer próximo ao leito do paciente durante os primeiros 15 min, observando rigorosamente o comportamento do paciente e possível modificação;
- b) Em crianças é recomendada a infusão de um quinto do volume total a ser administrado nos primeiros 15 min;
- c) Deve-se observar se a etiqueta de identificação do hemoderivado e seu receptor permanecem afixados à bolsa até o término de sua administração;
- d) Drogas e medicamentos não devem ser administrados ou adicionados aos hemocomponentes durante a transfusão;
- e) Durante a administração de hemocomponentes, deve permanecer de aproximadamente 1 metro em cima da venóclise, o que permitirá uma velocidade em um fluxo adequado nas vias infusoras.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo. A pesquisa foi realizada em um hospital universitário da cidade de Salvador-Ba. A população foi composta por auxiliares e técnicos de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva-Adulto, sendo que esta unidade foi selecionada por apresentar maior número de pacientes que necessitam de terapia transfusional.

A amostra foi composta por 4 técnicos e 9 auxiliares de enfermagem que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e que já prestaram cuidados de enfermagem a pacientes submetidos a hemotransfusão.

A execução da pesquisa somente foi realizada após consentimento por escrito da organização hospitalar e dos sujeitos do estudo, foi garantido o sigilo das informações e o anonimato, obedecendo aos princípios éticos da pesquisa, envolvendo os seres humanos, conforme padronizado pela Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (2000).

Os dados foram coletados por meio de um formulário com roteiro de entrevista, com questões abertas e fechadas, e para o preenchimento do mesmo foi utilizada a técnica da entrevista. Previamente, realizou-se um teste piloto com 4 auxiliares de enfermagem que atendiam aos critérios de inclusão do estudo de uma unidade de clínica médica, chegando, então, a uma forma final, que foi empregado para coletar os dados. Este formulário constou de uma parte relacionada à caracterização da amostra e outra referente a questões relacionadas ao problema da pesquisa. Os dados foram analisados quantitativamente.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os sujeitos foram caracterizados por 13 (100%) profissionais de enfermagem. Destes, 9 (69%) auxiliares e 4 (31%) técnicos; 11 (85%) eram do sexo feminino e 2 (15%) eram do sexo masculino. Estes entrevistados estavam na faixa etária de 23 a 42 anos, com o tempo de trabalho na unidade de terapia intensiva que variou entre 3 meses e 12 anos, sendo que 46% trabalhavam no turno misto, 31% à noite, 15% à tarde e 8% pela manhã; no entanto, nenhum destes possuía treinamento ou reciclagem sobre hemotransusão.

Os resultados obtidos sobre os cuidados de enfermagem prestados pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, durante a hemotransusão, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Cuidados de enfermagem durante a hemotransusão citados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem da UTI do hospital universitário em estudo. Salvador-BA, Brasil, 2004.

Cuidados de enfermagem	N	%
Verificação somente da temperatura	07	54
Observação de uma via de acesso venoso exclusiva para a administração de sangue e hemocomponentes	07	54
Observação do acesso venoso	07	46
Observação de reações transfusionais	06	46
Tempo de infusão da bolsa	05	38
Verificação dos sinais vitais	05	38
Controle do gotejamento	04	31
Observação geral do paciente	03	23
Observação da integridade do equipo	01	08

Fonte: pesquisa de campo

A maioria dos entrevistados (54%) relatou preocupação em verificar somente a temperatura, pelo fato de os pacientes da UTI terem seus sinais vitais, com exceção da temperatura, monitorados por aparelhos. A verificação da temperatura de 2 em 2 horas é um cuidado de rotina da unidade, independente de o paciente estar ou não recebendo hemotransusão. Porém foi identificada uma preocupação dos profissionais do estudo em realizar este cuidado pelo fato de ser o estado febril a intercorrência mais freqüente durante a hemotransusão. Sobre esta reação, Carvalho (2001) assinala que é a mais freqüente e que geralmente ocorre em 3 a 4 % de todas as transfusões de componentes celulares e em até 10% das transfusões de pacientes politransfundidos.

Verificou-se também uma preocupação de 54% da amostra com uma via de acesso venoso exclusiva para a infusão de sangue e hemocomponentes. A importância deste cuidado é comprovada por Carvalho (2001), que não recomenda administrações de hemocomponentes concomitantes a soluções isotônicas de glicose e aquelas contendo sais de cálcio, pelo risco de hemólise e formação de coágulos. Constatou-se, então, que os entrevistados estão orientados quanto a este procedimento de enfermagem.

Apesar de 46% da amostra ter relatado que observava a ocorrência de reações transfusionais, os mesmos não relataram permanecer próximos ao leito do paciente, durante os primeiros 15 minutos do início da hemotransusão. Carvalho (2001) e Marton (1996) afirmam que estes profissionais devem permanecer no leito durante os primeiros 15 minutos, para observar eventuais intercorrências. Sabe-se que a presença desses profissionais próximo ao leito

do paciente é necessária, pois há alterações que podem ser detectadas somente se observadas visualmente, como tremores, equimoses e outros.

A observação freqüente do acesso venoso relacionado à presença de infiltração e obstrução foi citado por 46% da amostra. A observação da integralidade do equipo foi mencionada apenas por 8% dos indivíduos estudados, sendo que nenhum referiu preocupação com o tempo de permanência e com alterações no equipo, que, segundo Marton (1996), deve ser trocado se houver sinais de saturação e utilizados por 4 h.

De acordo com 38% dos entrevistados, os sinais vitais foram observados em um intervalo de 2h como orienta Gibbs (1993).

A importância de verificar o tempo de infusão da bolsa foi relatado por 38% dos respondentes. Vale ressaltar que Marton (1996) afirma que o tempo recomendado para infusão dos hemocomponentes é de 4h, e o tempo médio deverá ser de 2h.

Em relação à observação do gotejamento, apenas 31% da amostra citaram este cuidado. Entretanto deveria ser um procedimento citado por todos, pois, apesar de o técnico do banco de sangue realizar o controle do gotejamento no momento da instalação, este fato não exime os entrevistados da necessidade da observação constante do gotejamento durante a transfusão. Isto porque, segundo Phillips (2001), nos primeiros 5 a 15 minutos as transfusões devem ser iniciadas a 2 ml/min, ou não mais que 50ml. Uma vez que os primeiros 15 minutos forem ultrapassados com segurança, a taxa de fluxo pode ser aumentada para completar a transfusão.

Concernente à observação do paciente, foi percebida uma deficiência por parte dos profissionais neste cuidado, pois o mesmo foi citado apenas por 23% da amostra. Este fato foi relevante, pois, como afirma Phillips (2001), a observação criteriosa do paciente, durante e após a transfusão, é necessária para fornecer uma avaliação fidedigna. Já o Ministério da Saúde (2001) preconiza que o profissional deve permanecer próximo ao leito do paciente durante os primeiros 15 minutos, observando rigorosamente o comportamento dele e possíveis modificações no seu estado de saúde.

A Tabela 2 mostra as condutas dos entrevistados frente às reações transfusionais.

Tabela 2 – Condutas dos técnicos e auxiliares de enfermagem frente às reações transfusionais apresentadas pelos pacientes da UTI do hospital em estudo, Salvador-BA, Brasil, 2004.

Condutas de enfermagem	N	%
Interrupção da infusão	12	92
Comunicação ao médico e ao enfermeiro	11	85
Observação dos sinais vitais	06	46
Instalação de soro e oxigênio	02	15
Armazenamento da bolsa na geladeira	01	08

Fonte: pesquisa de campo

Constatou-se que a maioria dos sujeitos possui uma conduta correta frente às intercorrências. Percebeu-se isso quando 92% dos respondentes afirmaram interromper a transfusão ao observar sinais que indiquem alguma anormalidade. Isto realmente deve ser feito, pois é uma forma de amenizar os danos que a permanência da infusão poderia provocar, além disso, Potter (2001) afirma que esta ação pode manter a estabilidade fisiológica do paciente. Este percentual dos entrevistados reconheceu a importância deste cuidado e enfatizou a realização do mesmo em seus relatos.

A comunicação das reações transfusionais ao médico e ao enfermeiro foi citada por 85% da amostra. Esta conduta, portanto, é fundamental para diagnóstico das reações e possíveis intervenções medicamentosas que só poderão ser realizadas mediante prescrição médica.

Além da assistência médica, é importante, também, a presença dos profissionais de enfermagem para a observação dos sinais vitais, como afirmam 46% dos respondentes. Potter (2001) orienta que a observação dos sinais vitais deve ser feita a cada 5 minutos frente às intercorrências. Vale ressaltar que os pacientes de UTI são constantemente monitorados, porém nenhum monitor é totalmente confiável, e o profissional de enfermagem não deve ficar totalmente dependente dele.

Em suspeita de reação, Tamayo (1999) e Bordin (2000) afirmam que os profissionais de enfermagem devem instalar o soro fisiológico 0,9% e fornecer um suporte de O₂ ao paciente, dependendo do estado clínico, assim como relatou somente 15% da amostra. Como se pode perceber, a maioria dos entrevistados não cita esses procedimentos, que são indispensáveis para o restabelecimento do quadro clínico do paciente.

Com o intuito de identificar o motivo que levou o cliente a ter alguma reação adversa, apenas 8% afirmou armazenar a bolsa de sangue responsável pela intercorrência na geladeira, para ser encaminhada ao banco de sangue. Segundo Bordin (2000), Marton (1996), Potter (2001) e Tamayo (1999), a prática mais indicada no caso de reação adversa é encaminhar a bolsa ao setor que preparou e liberou os hemocomponentes para levantamento e comprovação de dados. Portanto, este procedimento é fundamental para nortear as condutas dos profissionais de enfermagem e médicos frente a alguma reação transfusional.

Na Tabela 3 são apresentados os cuidados de enfermagem no término da transfusão.

Tabela 3 - Cuidados de enfermagem no término da hemotransfusão, prestados pelos técnicos e auxiliares de enfermagem da UTI do hospital universitário em estudo, Salvador-BA, Brasil, 2004.

Cuidados de enfermagem	Frequência	%
Descarte da bolsa	08	62
Observação e hidrolização do acesso venoso	08	62
Anotação no prontuário	06	46
Verificação dos sinais vitais	05	38
Instalação de soro e medicação	04	31

Fonte: pesquisa de campo

A maioria dos entrevistados (62%) informou que o descarte da bolsa é necessário, pois, a partir do momento em que os hemocomponentes são infundidos, a bolsa não terá mais utilidade alguma, além de ser uma norma de biossegurança.

A observação do acesso venoso central e periférico e a hidrolização dos mesmos foram também os cuidados mais citados pelos entrevistados (62%) após o término da infusão de hemocomponentes. É necessário que estes profissionais estejam atentos a essas condutas a fim de detectar alterações como infiltrações, flebite e obstrução da via de acesso.

Segundo Gibbs (1993) e Phillips (2001), devem-se lavar os dispositivos de infusão com soro fisiológico a 0,9%, não sendo indicada a utilização de dextrose em água a 5%, que pode causar hemólise, e o lactato de Ringer, que pode provocar coagulação devido aos íons de cálcio que contém.

A preocupação em realizar algum tipo de anotação, após o término da hemotransfusão, foi citada apenas por 46 % dos entrevistados. A presença de intercorrências, o volume infundido,

o valor dos sinais vitais, o horário do início e o término da transfusão constituíram os dados de anotação mais citados.

Discutindo a questão da anotação no prontuário, Gibbs (1993) afirma que se deve anotar a hora do começo da operação e a quantidade que está sendo administrada de cada componente a cada 2h, assim como se devem registrar o tempo, o volume infundido e as condições do paciente como relata Phillips (2001). Devem-se anotar também os dados vitais do paciente antes do início da hemotransfusão.

É de suma importância que todos os profissionais de enfermagem anotem o estado geral do paciente antes, durante e após a terapia de hemotransfusão, a fim de que haja um atendimento seguro e de qualidade para o paciente. Além disso, as anotações servem como um documento para garantir um respaldo legal aos profissionais.

Alguns entrevistados (38%) referiram também verificação dos sinais vitais após a hemotransfusão para detectar possíveis reações, além de servir (e servem) como controle do estado geral do paciente.

Dentre os entrevistados, 31% citaram a instalação do soro e das medicações que tinham sido suspensas temporariamente em função da hemotransfusão, a qual demanda de um acesso venoso exclusivo.

A segurança dos técnicos e auxiliares de enfermagem na prestação de cuidados ao paciente, durante a administração de sangue e hemocomponentes, estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Segurança dos técnicos e auxiliares de enfermagem durante a prestação de cuidados aos pacientes em hemotransfusão da UTI do hospital universitário em estudo, Salvador-BA, Brasil, 2004.

	Frequência	%
Seguros	12	92
Inseguros	01	08

Fonte: pesquisa de campo

A maior parte da amostra (92%) sentiu-se segura por considerar os cuidados prestados ao paciente durante a hemotransfusão como simples e rotineiro. Isto, devido à frequência e ao tempo de trabalho, o que de certa forma lhes conferira relativa experiência técnica. Entretanto 8% da amostra afirmou insegurança ao prestar cuidados aos pacientes em terapia transfusional, não conseguindo justificar sua resposta.

Observou-se, nos relatos dos entrevistados, somente um compromisso dos mesmos com a habilidade técnica. Habilidade esta, conquistada por um exercício contínuo de procedimentos mecânicos. Isto gera uma reflexão a respeito do que representa o cuidado em enfermagem para estes profissionais, pois as respostas destes indivíduos refletem o cuidado humano ainda no enfoque técnico e biomédico.

5. CONCLUSÃO

Este estudo atingiu os objetivos propostos referentes à identificação dos cuidados de enfermagem prestados ao paciente durante a hemotransfusão, sendo que os cuidados de enfermagem mais frequentes foram: a verificação da temperatura, a observação de uma via de acesso venoso exclusiva para a administração de hemocomponentes, a observação da permeabilidade do acesso venoso e a observação das reações transfusionais. Frente às reações

transfusionais, a maioria dos profissionais interrompe a infusão, comunicando ao médico e ao enfermeiro. Após o término da hemotransfusão, a observação e a hidratação do acesso venoso foram os cuidados mais citados.

Cuidados relacionados à altura da bolsa de hemocomponentes, tempo de permanência do equipo de sangue e a conferência da etiqueta de identificação de hemoderivados e do seu receptor não foram citados por nenhum participante do estudo, constituindo aspectos a serem abordados em futuros programas de treinamento e reciclagem da organização hospitalar estudada.

Diante deste contexto, sugere-se também que os programas de educação permanente das organizações abordem não somente os aspectos técnicos relacionados a hemotransfusão, mas também os aspectos psicoespaciais que envolvem o paciente, conscientizando os profissionais de enfermagem de que o cuidado humano, além de envolver competências e habilidades, envolve principalmente respeito, sensibilidade com o sofrimento, reflexão sobre nós mesmos e o outro.

6. REFERÊNCIAS

- BORDIN, José Orlando; JUNIOR, Antônio Fabron. **Indicações e cuidados nas transfusões de sangue**. Diagn. Tratamento. n.5, v.4, p.18-22, out-dez, 2000.
- CARVALHO, Marcelo Addasde; GONTIJO, Teresinha Mariko Matida. Uso de hemocomponentes em terapia intensiva. In:____ CRISTINA, E. de A.; NIESHIDE, V.M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**, 2.ed, São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte: Atheneu, cap.36, 2001.
- GIBBS, W. N.; BRITTEN, A. F. H. Usos clínicos de la sangre y los productos sanguíneos. In: ____ Organización Mundial de la Salud, Ginebra. **Pautas para la organización de un servicio de Transfusión de Sangre**. cap.9, p. 133-147, 1993.
- LIMA, Regina Maria Branco de. Atuação da enfermagem em transfusão sanguínea. **Rev. IEHE**, 12 (suplemento), p.44-45, 1997.
- MARINO, Paul L. Transfusão de eritrócitos. In:____ **Compêndio de UTI**, 2.ed, Porto Alegre: Artmed, cap. 44, p. 553-566, 2000.
- MARTON, A. M.; BICALHO, L. C.; BORGES, T. de S. Assistência de enfermagem na coleta de sangue do doador e na transfusão ambulatorial. **HEMOMINAS** - Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais. n.6, p.32, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. **Resolução no 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília - DF, 1996.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico de hemovigilância. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**, 2.versão, Brasília - DF, 2002.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUDE-OMS. Procedimientos clínico de trasfusión. In:____ **El uso clínico de la sangre: manual de bolsello**. Ginebra, p. 38-85, 2001.
- PHILLIPS, Lynn Dianni. Terapia de transfusão. In:____ **Manual de Terapia Intravenosa**, 2.ed, Porto Alegre: Artmed, cap. 13, p. 373-413, 2001.
- POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne G. Necessidades Fisiológicas Básicas. In:____ **Grande Tratado de Enfermagem: clínica e prática hospitalar**, 3.ed, São Paulo: Santos, cap. 28, p. 836-839, 2001.
- TAMAYO, P; LOZANO, M. Intervencion de la enfermera en terapia transfusional en Fundación Santafé de Bogotá. **Actual. Enferm**. v.2, n.2, p.39-44, jun. 1999.



APÊNDICE -A

FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

1-Dados de identificação

- a) Auxiliar de enfermagem () Técnico de Enfermagem ()
- b) Sexo F () M () Idade_____
- c) Tempo de terapia intensiva _____
- d) Treinamento/reciclagem sobre hemotransusão
Não () Sim (). Data do último treinamento/reciclagem ____/____/____
- e) Turno de trabalho: Manhã () Tarde () Noite () Escala Mista ()

2- Questões

- a) Quais os cuidados de enfermagem que você realiza com o paciente que está recebendo sangue e/ou hemocomponentes?
- b) Se o paciente apresentar alguma reação durante a terapia transfusional, o que você faz?
- c) Após o término da infusão de sangue e/ou hemocomponentes, o que você registra no prontuário do paciente?
- d) Você se sente seguro(a) para cuidar do paciente que está recebendo sangue e/ou hemocomponentes? Justifique sua resposta