

Síndrome mielodisplásica: um relato de experiência a partir da enfermagem

Myelodysplastic syndrome: an experience report from nursing

Síndrome mielodisplásica: un informe de experiencia de enfermería

Jaqueline Costa Rodrigues¹

ORCID: 0000-0001-8974-4898

Jheniffer Costa Silva¹

ORCID: 0000-0002-4905-2317

Luana Silva Resende de Moraes¹

ORCID: 0000-0002-4802-5843

Layla Cristina Rodrigues de

Freitas¹

ORCID: 0000-0002-3823-9549

Isabella Costa Resende Lima¹

ORCID: 0000-0001-9817-5834

Sara Sâmitha Souza²

ORCID: 0000-0003-2157-5324

Solange da Silva Lima³

ORCID: 0000-0001-8882-5573

Rulio Glecias Marçal da Silva^{1*}

ORCID: 0000-0002-9626-7361

¹Faculdade Morgana Potrich.
Goiás, Brasil.

²Centro Universitário de
Mineiros. Goiás, Brasil.

³Universidade do Estado de Mato
Grosso. Mato Grosso, Brasil.

Como citar este artigo:

Rodrigues JC, Silva JC, Moraes LSR, Freitas LCR, Lima ICR, Souza SS, Lima SS, Silva RGM. Síndrome mielodisplásica: um relato de experiência a partir da enfermagem. Glob Acad Nurs. 2023;4(1):e342. <https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200342>

*Autor correspondente:

rulio.rgms@gmail.com

Submissão: 28-11-2022

Aprovação: 13-01-2022

Resumo

Objetivou-se relatar a abordagem terapêutica e os cuidados de enfermagem prestados durante a internação de um paciente acometido pela Síndrome Mielodisplásica. Trata-se de um relato de experiência realizada em um hospital do sudoeste goiano durante o mês de fevereiro de 2022. A escolha do sujeito foi de forma aleatória e a experiência ocorreu com por meio de quatro etapas visando a Sistematização da Assistência de Enfermagem prestada. Na primeira etapa foram coletados os dados pregressos, a avaliação física e do quadro clínico do paciente, a observação do tratamento multiprofissional e a elaboração do processo de enfermagem. Os dados das etapas foram descritos em um checklist pré-elaborado contendo a variáveis sociodemográficas do paciente e específicas quanto a síndrome, seu tratamento e a assistência de enfermagem. O paciente permaneceu internado durante 20 dias, em estado semicrítico, com sinais e sintomas multifacetados, com quadro de infecção grave e anemia. Preciso utilizar politerapia farmacológica sintomatológica, realizou diversos exames laboratoriais e de imagem e contou com suporte de uma equipe multidisciplinar. A assistência de enfermagem ocorreu em tempo integral de forma sistematizada. Percebeu-se que a síndrome é grave e complexa, pouco conhecida pelos profissionais de saúde e que deveria ser tratada por profissionais especializados.

Descritores: Enfermagem; Hematopoese; Neoplasias; Deficiência de GATA2; Anemia.

Abstract

It was aimed to report the therapeutic approach and nursing care provided during the hospitalization of a patient with the myelodysplastic syndrome. This is an experience report held in a southwest Goian hospital during February 2022. The choice of the subject was randomly and the experience occurred through four steps aimed at systematizing nursing care provided. In the first stage, the previous data, the physical and clinical picture of the patient, the observation of multiprofessional treatment and the elaboration of the nursing process were collected. Steps data were described in a pre-draft checklist containing the patient's sociodemographic variables and specific to the syndrome, their treatment and nursing care. The patient remained hospitalized for 20 days, in a semi-critical state, with multifaceted signs and symptoms, with severe infection and anemia. He had to use symptomatological pharmacological polytherapy, performed various laboratory and image tests and was supported by a multidisciplinary team. Nursing care occurred full-time in a systematized way. It was noticed that the syndrome is severe and complex, little known to health professionals and should be treated by specialized professionals.

Descriptors: Nursing; Hematopoese; Neoplasms; GATA2 Deficiency; Anemia.

Resumen

Tenía como objetivo informar el enfoque terapéutico y la atención de enfermería proporcionada durante la hospitalización de un paciente con el síndrome mielodisplásico. Este es un informe de experiencia celebrado en un hospital del suroeste de Goian durante febrero de 2022. La elección del sujeto fue al azar y la experiencia ocurrió a través de cuatro pasos destinados a sistematizar la atención de enfermería brindada. En la primera etapa, se recopilaron los datos anteriores, la imagen física y clínica del paciente, la observación del tratamiento multiprofesional y la elaboración del proceso de enfermería. Los datos de pasos se describieron en una lista de verificación previa al draft que contiene las variables sociodemográficas del paciente y específicas del síndrome, su tratamiento y atención de enfermería. El paciente permaneció hospitalizado durante 20 días, en un estado semicrítico, con signos y síntomas multifacéticos, con infección severa y anemia. Tuvo que usar politerapia farmacológica sintomatológica, realizó varias pruebas de laboratorio e imágenes y fue apoyado por un equipo multidisciplinario. La atención de enfermería ocurrió a tiempo completo de forma sistematizada. Se notó que el síndrome es severo y complejo, poco conocido por los profesionales de la salud y debe ser tratado por profesionales especializados.

Descritores: Enfermería; Hematopoese; Neoplasias; Deficiencia de GATA2; Anemia.



Introdução

A Síndrome Mielodisplásica (SMD) é uma doença clonal com características clínicas e laboratoriais distintas que ocorrem em decorrência de neoplasias hematopoiéticas da medula óssea, em sua grande parte diagnosticada principalmente em pacientes idosos com idade entre 70 e 75 anos¹. Normalmente manifesta displasia uni ou multilinhagem, com risco de evolução para leucemia aguda, citopenia em sangue periférico e medula óssea hiperplásica².

Caracterizada por hematopoiese ineficaz e citopenias periféricas, com quadro clínico vasto e risco variável onde 30 a 40% dos pacientes evoluem para leucemia mieloide aguda (LMA)³. Estima-se que a incidência da SMD seja maior entre os pacientes com 70 e 75 anos de idade com uma incidência de 2 a 12 por 1.000 habitantes com projeção de possíveis acréscimos devido ao aumento da população idosa¹. Há evidência de que 86,4% dos pacientes são diagnosticados com SMD após 60 anos de idade e que metade desses já tinham mais que 75 anos⁴. Nos Estados Unidos a incidência anual é de 3,4 casos para cada 100.000 habitantes⁵. Já no Brasil, há uma incidência de 0,1 por 100.000 habitantes em pessoas⁶.

Etiologicamente se divide em dois grupos, a primária, que corresponde a 85% a 90% dos casos, onde a causa é desconhecida ou quando há ausência de correlações significativas entre a doença e algumas predisposições do portador. Ou pode ser classificada como secundária, que corresponde entre 10% a 15% dos casos e esta associada a histórico de tratamentos radioterápicos, ou quimioterápicos ou exposição a agentes tóxicos ambientais, como: solventes, pesticidas e benzeno ou fumante⁷.

Os sintomas da SMD são inespecíficos podendo apresentar-se desde leves a graves, predominando sinais e sintomas de anemia (palidez da pele e mucosas), fadiga, inapetência, cefaleia, vertigem, dispneia, angina, seguido de complicações infecciosas ou hemorrágicas⁸.

O diagnóstico da síndrome é realizado com base na história clínica e exames laboratoriais, dentre eles: citometria de fluxo, análise morfológica de esfregaço de sangue, avaliação da displasia e biópsia da medula óssea⁴. Todos esses exames visam também identificar seu tipo. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem oito tipos: Anemia refrataria (AR); Anemia refrataria com sideroblastos em anel (ARSA); Citopenia refrataria com displasia em uma linhagem (CRDU); Citopenia refrataria com displasia de multilinhagem (CRDM); Anemia refrataria com excesso de blastos 1 (AREB-1); Anemia refrataria com excesso de blastos 2 (AREB-2); SMD sem classificação e SMD associada com del (5q) isolada⁹.

A atuação terapêutica desde 2004, após aprovação pela FDA (US Food and Drug Administration) consiste no uso dos fármacos decitabina, azacitidina e lenalidomida, juntamente com o uso da eritropoietina, do fator estimulador de colônias de granulócitos (G-CSF) e no transplante de medula óssea⁶. A decisão do tratamento deve levar em consideração o score do Sistema Internacional de Classificação de Prognóstico (IPSS-R) que visa prever o risco de transformação leucêmica e também estimar a sobrevida de cada paciente⁷.

Outro método usado para tratamento da SMD, porém com diversos riscos é a quimioterapia, principalmente nos casos onde a doença é progressiva. Porém a quimioterapia é sistêmica e pode também afetar células sadias provocando efeitos colaterais e/ou agravando o quadro clínico do paciente¹.

Em decorrência da pluralidade do quadro clínico apresentado pelos pacientes, os profissionais de saúde precisam atuar com acurácia, conhecimento individualizando, o manejo e o tratamento dos pacientes acometidos são de forma inter e multidisciplinar e atender as necessidades específicas de cada um. O enfermeiro como integrante das equipes participa de todas as fases e etapas do manejo e do tratamento desses pacientes por meio do cuidado prestado. Desde o acolhimento, passando pelas orientações e educação em saúde, no processo diagnóstico até o tratamento, o enfermeiro se mostra presente e atuando, sobretudo pautado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Também gerenciando todo cuidado prestado e garantindo uma assistência segura e de qualidade.

Sendo assim o objetivo desse trabalho é relatar a abordagem terapêutica e os cuidados de enfermagem prestados durante a internação de um paciente acometido pela SMD.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo relato de experiência, realizada em um hospital público do sudoeste goiano durante o mês de fevereiro de 2022. O relato foi baseado na experiência de duas acadêmicas de enfermagem durante o estágio supervisionado do curso de Graduação em Enfermagem.

A aproximação com a temática correu durante as disciplinas teórico-práticas e a escolha do sujeito foi de forma aleatória e por conveniência, uma vez que a síndrome é rara. A experiência ocorreu com o paciente internado, onde era prestada a assistência de enfermagem à pessoa em situação crítica de saúde de forma integral. Além da assistência prestada, a observação, o diálogo, a consulta documental e a transcrição compuseram os instrumentos metodológicos desse relato.

O trabalho foi dividido em quatro etapas visando a SAE prestada ao paciente frente a SMD. Na primeira etapa foram identificados os dados pregressos de forma direta e indireta. Em seguida foi feita a avaliação física e observado o quadro clínico do paciente. Numa terceira fase foi observado e consultadas as informações sobre os medicamentos, exames laboratoriais e assistência prestada multiprofissional. A quarta etapa envolveu a elaboração e observação dos diagnósticos, das prescrições, das intervenções e as evoluções diárias de enfermagem. Essas etapas foram ao longo da experiência sendo registrados para fins de descrição do presente relato.

Julgou-se não haver necessidade de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa dada a natureza do estudo, o qual representa uma descritiva e narrativa da experiência vivenciada perante o manejo de um caso relativo a prática da enfermagem. Contudo, ressalta-se que nenhum dado que



pudesse revelar a identificação do paciente ou da instituição que estava internado foi mencionado em respeito aos aspectos éticos e legais das pesquisas com seres humanos. Ainda, houve solicitação via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ao paciente para que permitisse que a descrição da experiência pudesse ocorrer e autorização por parte da Instituição por meio do Termo de Anuência onde os autores se responsabilizaram e se comprometeram declarando que as informações colhidas seriam única e exclusivamente para fins acadêmico-científicos.

Relato da Experiência

A experiência foi vivenciada dentro de um dos campos de estágio do curso de enfermagem dos autores. O contato com o paciente se deu diariamente, de segunda a sexta-feira das 13:00 às 17:00 horas, durante o primeiro semestre de 2022, conforme estabelecido pelo cronograma de estágio do curso.

O atendimento prestado ao paciente por meio da assistência de enfermagem, que contempla a formação curricular pré-estabelecida, necessária e esperada no estágio curricular, associada a observação de todos os procedimentos e cuidados realizados pela equipe que esteve diretamente em contato com o paciente corroborou com a formação da vivência. O diálogo diário com o paciente e com a equipe de saúde, pela troca de informações, bem como pela consulta dos registros realizados a cerca do paciente, de seu quadro clínico e de seu tratamento completaram a base dessa experiência.

A fim de atender aos critérios metodológicos à luz da enfermagem, optou-se por desenhar a experiência por meio das etapas que caracterizam o processo de enfermagem, sendo aqui representadas pela história pregressa, a história atual (com os exames físicos, as evoluções do quadro clínico, os exames realizados e os fármacos utilizados), os diagnósticos de enfermagem, as prescrições de enfermagem e as intervenções de enfermagem a cerca do paciente com SMD.

História Pgressa

O paciente da experiência era do gênero masculino e informou que tinha 56 anos de idade, ser brasileiro, casado, católico, sem filhos, que cursou o ensino fundamental incompleto, que foi tabagista e etilista dos 18 aos 53 anos de idade, com suspensão dos hábitos após o diagnóstico da SMD. Informou que trabalhou quando jovem como auxiliar de serviços gerais com exposição a agrotóxico durante anos, usando diariamente apenas como Equipamento de Proteção Individual (EPI) a máscara PFF 2. Recentemente estava trabalhando como operador de máquina em região agrícola, porém afastou-se em decorrência da doença. Confirmou histórico familiar de câncer (pai apresenta carcinoma da próstata e avó paterna teve câncer de orofaringe e o irmão também está acometido pela síndrome).

Relatou que descobriu a SMD em 2019 quando começou a apresentar quadro de astenia e inapetência recorrente que não se resolviam naturalmente e nem mesmo com tratamento conservador. Relatou ainda que

realizou diversos exames laboratoriais e, devido a piora no quadro clínico foi levantada a hipótese diagnóstica da SMD, que nos meses posteriores foi confirmada em uma cidade com maiores recursos médico-hospitalares também localizada no sudoeste goiano por um médico hematologista. Além da SMD informou que também foi diagnóstico na ocasião com Diabetes Mellitus Tipo 2, a qual se encontra em acompanhamento médico e em uso de metformina 500mg 2 comprimidos por dia. Ao longo dos três anos de convívio com a SMD o paciente relatou que vem acumulando um histórico de recorrentes internações com mais de 72 transfusões, chegando a ser transfundido até três vezes no mês. O mesmo informou que está em fila de espera aguardando transplante de medula óssea.

A SMD pode ser considerada como secundária, que corresponde entre os 10% e 15% dos casos. Nesse caso as causas podem ser em decorrência da exposição ao tabagismo e a agentes tóxicos ambientais como pesticidas, solventes e benzeno⁷.

A princípio, a intensidade dos sintomas são variáveis podendo ser assintomática, sendo descoberta em 20% dos casos com hemogramas realizados por outros tipos de investigação. A anemia isolada se mostra presente principalmente em adultos, com quadro de astenia e dispnéia aos esforços. Em outros casos o quadro pode ser inesperado e agressivo, em geral seguido de um número aumentado de blastos, característica existente na doença⁹.

No contexto geral o diagnóstico da SMD engloba algumas dificuldades. Em muitos casos a realização de um protocolo que exclui outras causas de displasias e/ou citopenias deve ser realizado, como deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina B12; perda de sangue, hipotireoidismo, consumo de álcool, deficiência de cobre, medicação concomitante e infecções crônicas como as do vírus hepatite B e C e do vírus da imunodeficiência humana e investigar função renal¹⁰.

Em consequência da inespecificidade dos sinais e sintomas, o diagnóstico da SMD é um dos mais complicados dentre as neoplasias mieloides⁵. Ele é realizado através de análises do sangue periférico, do aspirado da medula óssea, da avaliação citogenética e da biópsia óssea¹⁰. Por conta da dificuldade e, conseqüentemente atraso no diagnóstico, a doença acaba evoluindo e trazendo diversas complicações ao paciente⁴.

História Atual

Segundo informações colhidas com o próprio paciente e outros profissionais de saúde, no dia 30 de janeiro de 2022 foi admitido em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) da cidade onde residia com quadro de algia abdominal inferior associado a hipotensão. Inicialmente, devido a hipótese diagnóstica médica na admissão foi tratado como quadro séptico com foco a definir. Ainda na UPA, foram realizados exames laboratoriais de sangue (hemograma) onde foi evidenciado bicitopenia e plaquetopenia. No mesmo seu quadro evoluiu com piora e com instabilidade no quadro hemodinâmico onde foi necessário o início do uso de droga vasoativa (DVA) e hemitartrato de norepinefrina, infundida em bomba de



infusão contínua (BIC) via acesso venoso central. Devido a piora no seu quadro clínico, o paciente relata que foi então regulado via Central de Regulação Estadual (CRE) de Goiás para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no dia 1º de fevereiro de 2022.

No momento da admissão foi identificado-se que sua admissão na UTI ocorreu devido a sepse, que seu transporte foi feito por Unidade de Suporte Avançado (USA) do Serviço Móvel de Urgência (SAMU) e ocorreu às 13:45h. Na ocasião da admissão, o paciente apresentava-se consciente, orientado, verbalizando, corado, hidratado, febril, acianótico, eupneico, normotenso, normocárdico, com cateter venoso central em veia subclávia direita, em uso de noradrenalina via BIC. Abdome plano, doloroso a palpação profunda e superficial na fossa ilíaca, com diurese presente em bolsa coletora de CVD (cateter vesical de demora), apresentando edema em membros inferiores e com

diminuição da força motora.

Após sua admissão no hospital, constatou-se posteriormente que o paciente permaneceu internado por 26 dias, sendo que, desse período 20 dias ficou internado na UTI e, posteriormente, 06 dias internado em enfermaria geral. O relato da experiência se limitou a internação na UTI onde ocorreram os dias de estágio e a experiência por meio do contato com o paciente.

A evolução clínica do paciente foi avaliada, observada e registrada diariamente, por meio das evoluções de enfermagem, dos medicamentos prescritos e administrados e através de exames solicitados e realizados. Optou-se por sintetizar e agrupar esses dados dada a semelhanças apresentadas em D0 (admissão), D1 a D7 (1º ao 7º dia de internação), D8 a D14 (8º ao 14º dia de internação), D15 a D19 (15º a 19º dia de internação) e D20 (alta da unidade) - Quadro 1.

Quadro 1. Evolução clínica do paciente com Síndrome Mielodisplásica. Sudoeste Goiano, GO, Brasil, 2022

Dias	Evolução clínica	Exame físico	Exames realizados	Fármacos prescritos e utilizados
D0	No momento da admissão identificou-se que paciente foi atendido dia 30/01/22 na UPA com quadro de dor em abdome inferior associada a hipotensão. Foi tratado inicialmente com quadro séptico com foco a definir e com exames laboratoriais evidenciando bicitopenia. Evoluiu com quadro hemodinâmico instável sendo necessário uso de noradrenalina quando então foi solicitado vaga na UTI. Deu entrada na unidade, trazido de SAMU, acompanhado por médico e enfermeiro. Chegou em ventilação espontânea com cateter nasal a 3l min/ (retirada na admissão). Pálido, perfusão pouco diminuída, consciente e orientado, eupneico e febre (Tax 38,5º). PA: 70x40 mmHg sem uso de DVA, FC: 87 bpm.	Ao realizar o exame físico foi identificado que o paciente apresentava Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Palido, cansado e dispneico aos esforços, AR: MV presente e sem RA. ACV: RCR BNF EM 2T, abdome doloroso a palpação profunda em toda região inferior, aparentemente sem massas palpáveis. RHA+. Nega diarreia.	Foi identificada a solicitação e realização dos seguintes exames pelo paciente: ultrassonografia de abdome inferior, gasometria arterial, radiografia de tórax e eletrocardiograma.	Nesse dia de internação, os medicamentos prescritos e administrados foram: cloridrato de ciprofloxacino (D1), metronidazol (D1), insulina regular, glicose 50% (s/n), cloridrato de ondansetrona (s/n), dipirona sódica (s/n), enoxaparina sódica, hemitartrato de norepinefrina, hidrocortisona, omeprazol, ringer simples, bromoprida (s/n), cloreto de sódio 0,9%.
D1 a D7	O paciente ao longo dos dias foi avaliado no leito e se apresentou estável hemodinamicamente com o uso de hemitartrato de norepinefrina (iniciando em 10 ml/h (D1) e 2ml/h (D7) em BIC e via AVC. Fez uso de CVD (com diurese de aspecto amarelo escurecida), apresentou-se dispneico aos esforços, inapetente e indisposto. Frequência respiratória oscilou entre 10 e 22 rpm (se mantendo em respiração ar ambiente, e saturação 94-100 spO2). Relatou e apresentou dor abdominal (4-8 escala de dor) em quadrantes inferiores. Relatou cefaleia holocraniana em caráter pulsátil ao aplicar medicação (que melhorava com uso de analgésicos). Negou diarreia, náuseas, vômitos e disúria. Relatou sono preservado, diurese e eliminações presentes. Relatou difícil aceitação de dieta e ingestão hídrica e que se esforçou para comer. Balanço hídrico se mostrou positivo (em média de 460 ml/dia). Apresentou febre recorrente.	Ao realizar o exame físico ao longo dos dias foi identificado que o paciente apresentou Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. REG, AAA, hipocorado e hidratado. SSVV oscilando: FC 69-92 bpm,; PA: 80x69-138x64 mmHg; FR: 10-22 irpm: Tax: 36°-38,7°C; Sat O2: 94-100%. ACV se mostrou: RCR em 2T, BNF sem sopros audíveis. AR: MVAU sem RA. Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, flácido, doloroso á palpação profunda da fossa ilíaca direita e esquerda com presença de resistência. Blumberg negativo e Murphy negativo. MMII: sem edemas.	Foi identificada a solicitação e realização dos seguintes exames pelo paciente ao longo dos dias: coagulograma, amilase, gama GT, TGO, TGP, PCR, creatinina, uréia, gasometria arterial, hemograma completo, EAS, hemocultura.	Nesses dias de internação os medicamentos prescritos e administrados foram: encerrado o ciclo de cloridrato de ciprofloxacino e de metronidazol, foi iniciado e interrompido o ciclo de cloridrato cefepima, foi iniciado o ciclo de piperacilina sódica/tazobactam sódico, de levofloxacino e de vancomicina. Foi utilizado ringer simples, omeprazol, hidrocortisona, hemitartrato de norepinefrina, enoxaparina sódica, dipirona sódica, cloridrato de ondansetrona (s/n), glicose 50% (s/n), insulina regular.
D8 a D14	Ao longo da segunda semana de internação o paciente, avaliado no leito, se apresentou estável hemodinamicamente com o uso de	Durante a realização do exame físico ao longo desses dias foi identificado que o paciente apresentou Glasgow 15, pupilas	Foi identificada a solicitação e realização dos seguintes exames	Nesses dias de internação os medicamentos prescritos e administrados foram: continuidade do ciclo de



	<p>hemitartrato de norepinefrina finalizando seu uso a 1ml/h em D10) em BIC e via AVC. Permaneceu em uso de CVD (com direse oscilando aspcto de amarelo escurecida para amarelo claro), permaneceu disnpeico aos esforços, inapetente e indisposto. Frequência respiratória oscilou entre 14 e 20 rpm (se mantendo em respiração ar ambiente, e saturação 96-100 spO2). A dor abdminal e a cefaléia cessou Apresentou glicemia instável (44 a 389 mg/dl, com correções de glicose e insulina regular). Apresentou quadros de insonias. Negou diarreia, náuseas, vômitos e disúria. Relatou sono preservado, diurese e eliminações presentes. Continuou a relatar difícil aceitação de dieta e ingesta hídrica e que se esforçou para comer. Balanço hídrico oscilou entre positivo (em média de 250 ml/dia) e negativo (média de 360ml/dia). Apresentou febre recorrente até D13.</p>	<p>isocóricas e fotorreagentes. REG, AAA, hipocorado e hidratado. SSVV oscilando: FC 70-92 bpm,; PA: 85x72-144X84 mmHg; FR: 14-20 irpm; Tax: 36,3°-38,1°C; Sat O²: 94-100%. ACV se mostrou: RCR em 2T, BNF sem sopros audíveis. AR: MVAU sem RA. Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, flácido, indoloroso à palpação superficial e profunda. Blumberg negativo e Murphy negativo. Ausência de massas ou VCM palpáveis, sem sinais de peritonite. MMII apresentou dias com edema variando 1+ a 3+/4 cacifo +, pulsos pedioso e tibial palpáveis e simétricos, panturrilhas livres, indolor à palpação.</p>	<p>pelo paciente ao longo dos dias: tomografia computadorizada de crânio, coagulograma, amilase, gama GT, TGO, CKD EPI, potássio, sódio, TGP, creatinina, uréia, gasometria arterial, hemograma completo, EAS, urina tipo 1.</p>	<p>piperacilina sódica/tazobatcm sódico, de levofloxacino e de vancomicina. Foi utilizado ringer simples, omeprazol, hidrocortisona, hemitartrato de norepinefrina, enoxaparina sódica, dipirona sódica, cloridrato de ondansetrona (s/n), glicose 50% (s/n), insulina regular.</p>
<p>D15 a D19</p>	<p>Durante a terceira semana de internação o paciente, avaliado no leito, se apresentou estável hemodinamicamente sem uso de DVA. Manteve AVC e CVD (com direse amarelo claro), apresentou melhora no quadro de disnpeia a mínimos esforços. Manteve respiração ar ambiente, e saturação 96-100 spO2). Apresentou controle glicêmico. Melhora no padrão de sono. Continuou sem diarreia, náuseas, vômitos e disúria. Começou a ter boa aceitação da dieta e ingesta hídrica. Balanço hídrico adequado e sem episódios de febre.</p>	<p>Aos exames físicos durante a terceira semana de internação foi identificado que o paciente apresentou Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. BEG, AAA, corado e hidratado. SSVV oscilando: FC 65-89 bpm,; PA: 85x70-141X87 mmHg; FR: 14-19 irpm; Tax: 36,2°-37,4°C; Sat O²: 94-100%. ACV se mostrou: RCR em 2T, BNF sem sopros audíveis. AR: MVAU sem RA. Abdome: Plano, RH+, normotimpânico, plano, indoloroso á palpação superficial e profunda. Blumberg negativo e Murphy negativo. Ausência de massas ou VCM palpáveis, sem sinais de peritonite. MMII apresentou dias com edema 1+/4 cacifo +, pulsos pedioso e tibial palpáveis e simétricos, panturrilhas livres, indolor à palpação.</p>	<p>Foi identificada a solicitação e realização dos seguintes exames pelo paciente ao longo dos dias: coagulograma, amilase, gama GT, TGO, CKD EPI, potássio, sódio, TGP, creatinina, uréia, gasometria arterial, hemograma completo, urina tipo 1.</p>	<p>Nesses dias de internação os medicamentos prescritos e administrados foram: continuidade do ciclo de piperacilina sódica/tazobatcm sódico e de vancomicina. Finalização do ciclo de ciprofloxacino. Foi utilizado ringer simples, omeprazol, hidrocortisona, hemitartrato de norepinefrina, enoxaparina sódica, dipirona sódica, cloridrato de ondansetrona (s/n), glicose 50% (s/n), insulina regular.</p>
<p>D20</p>	<p>Após avaliação identificou-se melhora no quadro clínico do paicente, incluindo seu relato de melhora. Houve ainda relato de despertares noturnos devido a noctúria, boa ingesta hídrica e alimentar, diurese e diacorese presentes e sem alterações. Relatou edema de mmii bilateral, com melhora ao elevar mmii, crônico (SIC). Ademais, não apresenta outras queixas.</p>	<p>Ao realizar o exame físico foi identificado que o paciente apresentava Glasgow 15, pupilas isocóricas e fotorreagentes. BEG, AAA, Tax: 35,8°C, hipocorado. PA: 130x80mmHg. ACV: RCR em 2T, BNF sem sopros audíveis, FC: 72bpm. AR: MVAU, s/ RA. FR: 11irpm; Sat O²: 95%. ABD: semigloboso, RHA presentes, flácido, indolor a palpação superficial e profunda. Ausência de massas ou VCM palpáveis. MMII: edema 2+/4, cacifo positivo, pulsos pedioso e tibial palpáveis e simétricos, panturrilhas livres, indolor à palpação.</p>	<p>Foi identificado a solicitação e realização dos seguintes exames pelo paciente: coagulograma, amilase, gama GT, TGO, TGP, PCR, creatinina, uréia, gasometria arterial, hemograma completo.</p>	<p>Nesse dia de internação os medicamentos prescritos e administrados foram: finalização do clico de piperacilina sódica/tazobatcm sódico (D14), vancomicina (D14), insulina regular, insulina NPH, glicose 50% (s/n), dipirona sódica (s/n), cloridrato de ondansetrona (s/n), omeprazol, sinvastantina, furosemida, enoxaparina sódica.</p>

Como se percebeu e descrito, o quadro clínico e a evolução do paciente se mostraram bastante irregular devido a hematopoiese ineficaz. Destaca-se o quadro

infecioso que foi persistente e de difícil tratamento, juntamente com eritrocitopenia, secundárias a SMD. Associadas, levaram a quadros de hipotensão arterial (sendo



necessário o uso de droga vasoativa), bradicardia, inapetência, edema de membros inferiores, cefaléia, insônia, êmese, astenia e anemia (sendo necessária a realização de transfusões de hemocomponentes, total de duas bolsas).

Foi observado que diversos exames foram solicitados e realizados a fim de avaliar e monitorar as condições e o estado clínico do paciente. Entre esses exames, diariamente hemograma completo, amilase, gama GT, TGO, TGP, PCR, creatinina e ureia foram realizados. Além deles, gasometria arterial, ultrassonografia, tomografia computadorizada, sódio, potássio e urina foram exames realizados.

Durante a internação, foi evidenciado o uso de diversos medicamentos pelo paciente e de variados grupos farmacológicos, a fim de atender as necessidades apresentadas. Entre as classe medicamentosas mais utilizadas identificou-se: antibióticos (principalmente), ansiolíticos, analgésicos, antipiréticos, antitrombóticos, diuréticos, antiinflamatórios, hipoglicemiantes, antidiabéticos, antiácidos, anticoagulantes, antieméticos, broncodilatadores, estatinas e drogas vasoativas.

Por conta do local onde o paciente foi internado ser uma unidade destinada a internação de pacientes graves com variadas etiologias, seu tratamento foi prestado por profissionais generalistas. Percebeu-se que o tratamento foi sintomatológico e não específico para a SMD o que resultou em melhora do paciente, porém, acredita-se que além de não curar a doença, o tratamento apenas sintomatológico pode piorar o prognóstico.

Numa visão ampla o tratamento da SMD pode e deve estar direcionado para o alívio dos sintomas, porém é importante estabelecer e tratar as citopenias, reduzir a dependência de transfusão de sangue, retardar a progressão da síndrome para leucemia mieloide aguda e proporcionar melhora da qualidade de vida do paciente¹¹.

O manejo do paciente em tratamento contra SMD engloba alguns fatores que devem ser levados em consideração, dentre eles: a idade, a presença de comorbidades e algumas condutas terapêuticas intensivas direcionadas a causa primária⁵.

A administração da eritropoietina e fatores de crescimento de granulócitos ou granulócitos e monócitos são precisos para pacientes com diminuição de contagem de células sanguíneas. A eritropoietina é um hormônio produzido nos rins que estimula a produção de glóbulos vermelhos e pode diminuir as necessidades de transfusão sanguínea já que a maioria dos pacientes com SMD são anêmicos. Essa medicação pode trazer uma melhora na sobrevivência¹.

Em pacientes com baixa contagem de glóbulos brancos que desenvolvem infecções, o fator estimulador de colônias de granulócitos (hormônio que aumenta a produção de glóbulos brancos) e o fator estimulador de colônias de granulócitos e monócitos são uma opção a serem utilizados¹.

O Transplante de Célula Tronco Hematopoiética (TCTH) é a única opção curativa para a SMD, porém alguns pacientes não podem realizar tal procedimento. Nesse caso

os hipometilantes como azacitidina e decitabina são as primeiras opções de tratamento para casos de maior risco ou em progressão. Quando comparado com a terapia de suporte esses fármacos promovem uma melhor resposta hematológica⁵.

A quimioterapia também é uma opção de tratamento para SMD em casos progressivos da doença. Esse tratamento deve ser cuidadosamente aplicado, analisando a condição clínica do paciente, a idade, a gravidade das manifestações da doença e seu ritmo de evolução. Entretanto a quimioterapia também afeta células sadias ocasionando efeito colateral. A intensidade desses vai depender da condição do paciente, do tipo de medicamento quimioterápico e da resposta do próprio paciente ao tratamento.

Nas fases em que a SMD está avançada, com a inevitável evolução para leucemia pode ser necessário fazer o uso de quimioterapia citotóxica e transplante da medula óssea. Todos esses tipos de tratamento estão sendo avaliados em protocolos clínicos com intuito de determinar riscos, benefícios, termos de qualidade de vida e sobrevida¹.

Concomitante ao tratamento médico, ao longo da internação, se percebeu que o paciente recebeu tratamento e suporte multi e interdisciplinar. A equipe de enfermagem, juntamente com o serviço de fisioterapia, nutrição, farmácia e psicologia prestaram assistência direta e diária ao paciente corroborando, dentro de seus conhecimentos e possibilidades, com o tratamento do paciente.

Dada a especificidade e complexidade que envolve o tratamento da SMD, o melhor, mais adequado e seguro é que fosse realizado em unidades e por profissionais especializados o que, além de melhorar momentaneamente o paciente poderia levar a melhora da qualidade de vida e até mesmo cura. Durante a internação na unidade foi verificado que se tentou a regulação para um serviço especializado via CRE de Goiás, mas, em algum momento essa regulação foi interrompida e não possível identificar exatamente quando e nem a razão.

Quanto ao Diabetes Mellitus, comorbidade associada do paciente, sabe-se que essa patologia desencadeia vários agravos a saúde e quando associada a outras comorbidades pode piorar outros quadros. Durante a experiência, o quadro glicêmico se mostrou controlado pelo uso de hipoglicemiantes de rotina. Devido à inapetência recorrente pelo paciente, episódios de hipoglicemias foram desencadeadas e prontamente corrigidas com o uso de glicose 50%.

O paciente após 20 dias de internação na UTI apresentou melhora do quadro infeccioso e de anemia e recebeu alta multiprofissional da unidade. Conforme protocolo institucional, após sua alta da unidade, foi transferido para a clínica médica da mesma instituição, onde permaneceria internado até a alta hospitalar.

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Durante a experiência a SAE ocorreu durante a internação do paciente e foi realizada pelas autoras da pesquisa sob supervisão do preceptor enfermeiro do campo e pela equipe de enfermeiros da unidade e se efetivou por



meio do Processo de Enfermagem (PE). Observa-se que no 8º e 9º dia de internação do paciente a SAE não foi realizada. Por ter sido dias dos chamados fim de semana, onde o estágio curricular não ocorre, não foi possível identificar o motivo pelo qual foi realizada.

O PE foi diariamente realizado e planejado considerando o quadro clínico do paciente e as necessidades

humanas básicas, para tanto considerou-se os cuidados como semi-intensivos até o 18º dia de internação quando então apresentou melhora passando a ser considerado como paciente de cuidados mínimos. A partir da avaliação feita e da identificação dos problemas de enfermagem os diagnósticos de enfermagem foram levantados e as intervenções de enfermagem foram prescritas (Quadro 2).

Quadro 2. Diagnósticos e prescrições de enfermagem realizadas para o paciente com SMD. Sudoeste Goiano, GO, Brasil, 2022

Diagnósticos de enfermagem	Prescrições de enfermagem	Dias prescritos
Déficit no autocuidado	Encaminhar ao banho em cadeira; oferecer assistência até que o paciente esteja totalmente apto a assumir o autocuidado; Realizar higiene oral com antisséptico ou clorexidina 3x/dia; Oferecer a dieta prescrita, comunicar e anotar qualquer intercorrência durante a perfeição.	D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D10, D11, D12, D13, D14, D15, D16, D17, D18 e D19.
Risco de infecção	Supervisionar permeabilidade dos cateteres venoso e arterial; Observar, comunicar e anotar os sinais flogísticos em acessos venosos, inserção de drenos e incisões cirúrgicas.	D1, D2, D3, D4, D7, D10, D12, D14, D16, D17, D18 e D19.
Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	Verificar e anotar a temperatura de 2/2h; Observar, comunicar e anotar os sinais de hipotermia ou hipertermia; Aplicar compressas frias em regiões temporais, axilares e inguinais.	D1, D2, D4, D7, D10, D12, D14, D15, D16, D17 e D18.
Dor aguda	Avaliar e registrar a dor e suas características, intensidade, local, frequência e duração; Explicar ao paciente sobre os procedimentos invasivos a serem realizados.	D1, D2, D3, D4, D7, D10, D12, D14 e D15.
Risco de integridade da pele prejudicada	Observar e trocar fraldas e lençóis em caso de umidade; Hidratar a pele com óleo de girassol 3x/dia; Observar e trocar fraldas e lençóis em caso de umidade.	D3, D4, D5, D6, D7, D10, D13 e D14.
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	Observar, comunicar e anotar a presença de náuseas e vômitos, evacuações e diurese diminuída; Realizar controle hídrico rigoroso.	D3, D4, D5, D6, D10, D12, D14, D15 e D19.
Mobilidade física prejudicada	Manter grades do leito elevadas e rodas travadas; Realizar movimentação passiva de MMSS e MMII, se não houver contra-indicação médica; Manter grades do leito elevadas e rodas travadas; Observar, comunicar e anotar episódios de confusão e agitação psicomotora.	D4, D7 e D10.
Ventilação espontânea prejudicada	Manter a cabeceira elevada a 35/45 graus; Observar, comunicar e anotar alterações no padrão respiratório, saturação de oxigênio, nível de consciência, cianose de extremidades e tontura.	D7 e D14.

Ao longo da experiência as intervenções de enfermagem, atendendo as prescrições feitas pela SAE, as prescrições multiprofissionais e as rotinas da instituição foram executadas por toda equipe de enfermagem. Entre as intervenções realizadas pelos enfermeiros verificou-se: avaliação e monitorização multiparamétrica; preparo e encaminhamento para realização de exames de imagem; coleta de gasometria arterial; monitoramento de resultados de exames; controle de glicemia capilar e de temperatura corpórea; realização/ auxílio/ monitorização/ controle de cateteres vesical, venoso central e periférico; solicitação/ dupla checagem e monitoramento em hemotransfusão; aplicação das escalas de Glasgow-P, de Morse, de Braden, verbal de dor.

Os enfermeiros também realizaram fechamento de balanço hídrico por plantão e diariamente; aprazamento para administração medicamentosa; aplicação de protocolos clínicos e de procedimentos mediante necessidade; supervisão da assistência prestada pela equipe de técnicos de enfermagem 24h; aplicação e controle de indicadores de qualidade; oferta de conforto e realização de educação em saúde com o paciente. Destaca-se que tanto a admissão como a alta hospitalar e a passagem de visita multiprofissional teve a participação dos enfermeiros.

A equipe técnica de enfermagem auxiliou e prestou assistência de enfermagem em todo processo de internação do paciente. Do preparo do leito até o momento da alta, cuidados ininterruptos foram prestados, sendo eles: a



monitorização e aferição de sinais vitais de 2/2 horas; oferta e auxílio de dietoterapia por via oral; encaminhamento e auxílio para higiene corporal; preparo e administração de medicamentos prescritos via endovenosa, intramuscular, subcutânea, inalatória e vira oral; participação da dupla checagem e administração de hemotransfusão; preparo e encaminhamento para realização de exames de imagem; coleta de material para exames laboratoriais; cuidados com cateteres; realização de eletrocardiograma; auxílio na realização de procedimentos de enfermagem e da equipe multiprofissional.

Salienta-se que toda assistência planejada e realizada, em conformidade com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) n.º 564/2017¹², assim como as demais exigências legais das outras categorias que prestaram assistência ao paciente, foram registrada nos documentos que compunham o prontuário do paciente por toda equipe de enfermagem.

A sistematização do processo de trabalho em enfermagem é um método científico e tecnológico indispensável para dirigir as ações da equipe de enfermagem. Esse método organizado exige conhecimentos e práticas, que selecionadas adequadamente pelo enfermeiro, proporcionam uma assistência segura e que atende as necessidades de seus pacientes¹³.

O COFEN, por meio da Resolução n.º 358/2009¹⁴, dispõe sobre Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do PE. Este deve ser realizado em todos os ambientes públicos ou privados em que ocorra o cuidado de enfermagem. A SAE é considerada uma atividade privativa do enfermeiro e deve ser operacionalizada por meio do PE¹⁵.

O PE organiza-se por meio de cinco fases distintas, porém inter-relacionadas e interdependentes, para que o enfermeiro realize por meio de um pensamento crítico-reflexivo, a investigação e determine as necessidades de cuidados, os diagnósticos de enfermagem (para problemas de saúde potenciais ou reais), identifique os resultados esperados, planeje e implemente os cuidados e a avaliação

Dentro da assistência de enfermagem prestada cabe ao enfermeiro a direção, o planejamento, a organização, a coordenação, a execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem, além das funções e atribuições gerenciais. Já ao técnico de enfermagem cabe assistir ao enfermeiro e executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro^{17,18}.

Considerações Finais

A SMD constitui um grupo de distúrbios sanguíneos caracterizados por citopenias. Trata-se de uma doença grave e complexa, com sintomatologia multifacetada e de difícil manejo que, quando não diagnosticada e, principalmente, quando não tratada corretamente tem um prognóstico ruim, podendo evoluir para um quadro de leucemia aguda e até óbito do paciente.

A experiência revelou que a síndrome ainda é pouco conhecida pelos profissionais de saúde, carecendo de publicações e de evidências que auxiliem a difundir e a identificar as melhores práticas frente aos casos identificados. Por depender de especialistas para diagnosticar e tratar a SMD, os diagnósticos ocorrem tardiamente e, mesmo quando diagnosticados, os tratamentos acabam ocorrendo em pequenos centros de saúde e por profissionais generalistas, o que resulta em abordagens apenas sintomatólicas.

Uma vez não tratada corretamente, percebeu-se que a SMD leva a quadros sucessivos de infecções e anemias e, conseqüentemente, a necessidade de recorrentes internações com uso de variados medicamentos e procedimentos invasivos que, além de diminuir a qualidade de vida do paciente, onera os sistemas de saúde.

A vivência mostrou que, mesmo com o desconhecimento e limitações, os profissionais de saúde, entre eles destaca-se os de enfermagem, tem se esforçado na busca por informações e na tentativa por oferecer a melhor assistência possível.

Referências

1. Mattos JR, Silva DM, Macedo LC. Síndrome mielodisplásica: da suspeita ao diagnóstico definitivo. Rev de Saúde e Biologia [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2023];80(89). Disponível em: <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/sabios/article/view/1678/787>
2. Araujo HVA, Correia PRP, Bento LC, Vaz AC, Sousa FAS, Alexandre AM, et al. Síndrome mielodisplásica: validação de ficha de escore multilinhagem por citometria de fluxo. Rev Einstein. 2020;18:1-6. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO4966
3. Monte CDS. Perfil de metilação de genes de reparo de fita dupla de DNA e sua correlação com a expressão gênica em pacientes com síndrome mielodisplásica e agricultores expostos a agricultores expostos a agrotóxicos. Universidade Federal do Ceará [Internet]. 2021 [acesso em 10 jan 2023];116(64). Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/63221/1/2021_tese_csmonete.pdf.
4. Pulgarin JCC, Tavera OAF, Rodriguez YRO. Síndrome mielodisplásica: aspectos básicos e abordagem diagnóstica. Rev. Colombiana. Hem. Onc. 2021;17(4). DOI: <https://doi.org/10.51643/22562915.120>.
5. Santos TEJS. Estudo da expressão dos genes tp53, vegfa e hif1 α em pacientes com síndrome mielodisplásica, citopenia idiopática de significado indeterminado e citopenias não neoplásicas: associação com citocinas e fatores de prognóstico. Universidade Federal do Ceará [Internet]. 2019 [acesso em 10 jan 2023];102(16). Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/42603/1/2019_tese_tejsantos.pdf
6. Alves RS. Síndrome Mielodisplásica em Idade Pediátrica. Universidade de Lisboa [Internet]. 2017 [acesso em 10 jan 2023];26(12). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33257/1/RicardoSAlves.pdf>
7. Correia, GRB. Perfil da microbiota intestinal de pacientes portadores da síndrome mielodisplásica e sua correlação com sintomas de depressão. Universidade Federal do Ceará [Internet]. 2019 [acesso em 10 jan 2023];135(75). Disponível em:



https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/63221/1/2021_tese_csmonete.pdf

8. Pacheco, LF. Síndrome Mielodisplásica e Resposta ao Tratamento Homeopático: Relato de Caso. *Rev de homeopatia*. 2018;81(3/4):16-24.
9. Buzzato, ML, Cetano VDLS, Fochi MEP, Martin N, Favaro PCDF. Investigação da evolução clínica de pacientes com síndrome mielodisplásica dos tipos anemia refratária com excesso de blastos do tipo 1 e 2. *Rev Unilagos*. 2018;20.
10. Aguiar APN. Relação entre nível sérico de adiponectina, polimorfismo do gene adiponectina e marcadores de adiposidade em portadores de síndrome mielodisplásica. Universidade federal do Ceará [Internet]. 2020 [acesso em 10 jan 2023];142(34). Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/50732>
11. Amaral GP. Avaliação da resposta à eritropoetina no tratamento de pacientes portadores de síndrome mielodisplásica. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan 2023];75(26). Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/51583>
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.º 564/2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. [Internet]. Brasília (DF): COREN; 2017 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html
13. Oliveira MR, Almeida PC, Moreira TMM, Torres RAM. Sistematização da assistência de enfermagem: percepção e conhecimento da enfermagem Brasileira. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1547-53. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-060>
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n.º 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): COREN; 2009 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-3582009_4384.html
15. Dorneles FC, Schiotfeldt NF, França PM, Forno ND, Araujo NP, Santos AS, et al. Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. *Rev. Elet. Acerv. Saú*. 2021;9(6). <https://doi.org/10.25248/reas.e6028.2021>
16. Santos MG, Bitencourt JVOV, Silva TG, Frizon G, Quinto AS. Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enferm. Foco* 2017;8(4):49-5.
17. Ministério da Saúde (BR). Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1986 [acesso em 10 jan 2023]. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.htm>
18. Almeida SCS, Florentino AO, Duarte AGG, Montes LG, Cyrino CMS, Gomide LMM. Sistematização da assistência de enfermagem aplicada nas equipes de consultórios de rua. *Glob Acad Nurs*. 2021;2(3):e159. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200159>

