

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CAROLINA OLIVEIRA DE AZEVEDO

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
PACIENTES ADULTOS COM LEUCEMIA AGUDA**

**Porto Alegre
2005**

CAROLINA OLIVEIRA DE AZEVEDO

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM PARA
PACIENTES ADULTOS COM LEUCEMIA AGUDA**

**Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso
de Enfermagem da Universidade Federal do
Rio Grande do sul, como requisito para
obtenção do título de Enfermeiro.**

**Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Isabel Pinto
Coelho Gorini**

**Porto Alegre
2005**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha família, pelo incentivo e apoio, e por sempre estarem presentes em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, Magda e Edson, pelo amor que sempre dedicaram a mim, por acreditarem no meu sonho e contribuírem para que fosse realidade.

Aos meus irmãos Bruna, Renan, Lana e Erica, pelo carinho e por compreenderem que muitas vezes minha ausência foi necessária.

Aos meus tios José Antônio e Janete, pelo acolhimento e afeto que sempre me dedicaram.

Ao meu noivo Jean, por estar sempre ao meu lado.

Às colegas e amigas Daisy, Crislaine e Marise, que trilharam esta caminhada junto comigo.

À equipe de enfermagem do 5º sul, pela amizade, apoio, confiança e pelo aprendizado que me proporcionaram. Certamente estarão sempre no meu coração.

À minha orientadora, Profª. Drª. Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, pela orientação, apoio e incentivo.

Essa conquista com certeza é de vocês também!

RESUMO

Este estudo teve como objetivo elaborar um Protocolo Assistencial de cuidados de enfermagem, que tem como finalidade ser utilizado como ferramenta de sistematização do cuidado prestado à pacientes portadores de leucemia aguda. O estudo foi desenvolvido através de uma pesquisa bibliográfica e com base na experiência adquirida na unidade de internação. As informações utilizadas foram obtidas através de levantamento bibliográfico em material de língua portuguesa e inglesa. O material consultado abrangeu obras dos últimos cinco anos, sendo estes livros, artigos e material disponível na Internet. Os pacientes com leucemia aguda exigem atenção especial e um cuidado diferenciado. Este Protocolo Assistencial consiste em fornecer orientações que subsidiem o cuidado de enfermagem durante a internação destes pacientes. Contém as principais orientações que devem ser fornecidas aos pacientes durante a internação, buscando minimizar o impacto da hospitalização, além de diminuir a exposição às infecções, reduzindo assim o período de internação.

Palavras Chaves: leucemia aguda, enfermagem, assistência, protocolo assistencial.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 OBJETIVO	7
3 REVISÃO DA LITERATURA	8
4 ORIENTAÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM	14
5 METODOLOGIA	19
5.1 TIPO DE ESTUDO	19
5.2 ETAPAS DO ESTUDO	19
5.3 ASPECTOS ÉTICOS	22
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE – Protocolo assistencial de orientações de enfermagem para pacientes adultos com leucemia aguda	

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela área da oncologia apareceu antes de entrar na faculdade, pois presenciei uma situação de câncer com um familiar muito próximo, ao qual prestei cuidados sem conhecer muito o assunto. Na graduação fiz estágio na unidade de Quimioterapia ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Neste estágio, entrei em contato direto com pacientes oncológicos e tive a oportunidade de aprender muito sobre o tratamento quimioterápico, cuidados, indicações e efeitos adversos.

Mais tarde, fui bolsista em uma unidade de internação clínica do mesmo hospital, que tem como característica principal atender pacientes hematológicos, com Leucemia ou Linfoma. Nesta unidade ainda é realizado Transplante de Medula Óssea (TMO) autólogo.

Inicialmente não entendia os motivos de tantos cuidados especiais com aqueles pacientes, como assepsia rigorosa, uso de máscaras, restrição de visitas, entre outros. Ao longo do tempo que passei nesta unidade fui aprendendo, com a ajuda das enfermeiras, auxiliares e até dos pacientes a importância de todos aqueles cuidados. Tudo era realizado para evitar a exposição dos pacientes às infecções oportunistas, as quais podem ser letais.

Observei que o tratamento é composto de diversos ciclos de quimioterapia, implicando em várias internações e períodos curtos de estadia em casa. Na primeira internação os pacientes chegam assustados, com poucas informações sobre sua patologia, desconhecendo as rotinas do tratamento e todas as suas implicações.

Ao longo das internações os pacientes ficam mais seguros, pois são orientados sobre o que vai acontecer, como o organismo reage frente às diversas situações, como transfusões de sangue e/ou plaquetas e os efeitos da quimioterapia. Aprendem sobre seu sistema imunológico, contagem de células no hemograma, sabem os cuidados que devem ter neste

período crítico da internação, pois questionam a equipe multidisciplinar sobre o período de neutropenia.

Para Oliveira et al. (2001), o conhecimento dos possíveis efeitos adversos relacionados ao processo do tratamento ajuda a fortalecer os clientes para o enfrentamento da sua nova realidade.

No mundo, ocorrem 257 mil casos novos de leucemia aguda por ano, dos quais cerca de 56% em homens. No Brasil, as maiores taxas média anuais de incidência em homens estão em São Paulo, Distrito Federal e Natal. Na população feminina, as maiores taxas foram observadas em São Paulo, Porto Alegre e Natal (BRASIL, 2005b).

Esses motivos me levaram a propor um protocolo assistencial, que tem como finalidade ser utilizado como ferramenta de sistematização do cuidado de enfermagem prestado a estes pacientes. Segundo Polanczyk et al (2002), protocolos assistenciais são formas estruturadas de apoio ao cuidado aos pacientes, onde estão incluídas a definição dos objetivos terapêuticos e uma seqüência de medidas e estratégias diagnósticas definidas. Permitem que o maior número de pacientes seja beneficiado pelo conhecimento científico sobre a melhor maneira de prestar cuidado.

Gutiérrez et al.(2000) afirma que a elaboração de protocolos específicos sobre cuidados de enfermagem é essencial para a qualificação e manutenção do nível da assistência prestada aos pacientes.

Este trabalho consiste na elaboração, com base na literatura e na experiência adquirida na unidade de internação, de um protocolo assistencial com orientações de enfermagem para pacientes portadores de leucemias agudas. O objetivo deste protocolo é, através das orientações dadas aos pacientes, minimizar o impacto da internação, além de diminuir a exposição a infecções, reduzindo assim o período de internação.

2 OBJETIVO

Elaborar um Protocolo Assistencial com orientações de enfermagem para pacientes com leucemia aguda.

3 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), câncer é o nome dado a um conjunto de doenças malignas que se assemelham por apresentar, através de mutações genéticas, um crescimento desordenado de células que invadem tecidos e órgãos. Denomina-se metástase quando as células cancerosas migram e se instalam em outras regiões do corpo, vizinhas ou distantes ao sítio inicial (BRASIL, 2005c).

O sistema hematológico é formado pelo sangue e pelos locais onde ele é produzido, a medula óssea e os nódulos linfáticos. O sangue é um órgão líquido, composto por plasma e células em suspensão. As células são os eritrócitos e leucócitos. Existem ainda pequenos fragmentos celulares não-nucleados suspensos, denominados plaquetas (FAILLACE, 2003).

O processo de formação do sangue é chamado de hematopoiese. As células-tronco hematopoiéticas são indiferenciadas, sendo responsáveis pela produção de sangue na medula óssea, transformando-se em todas as células sanguíneas. Esse processo é chamado diferenciação. Após esse processo as células diferenciadas citadas acima atingem a circulação sanguínea, a fim de exercer suas funções (SMELTZER e BARE, 2002).

A figura abaixo ilustra a diferenciação das células-tronco (Brasil, 2005a):



Segundo Wong (1999), leucemia é o termo utilizado para caracterizar um grupo complexo e heterogêneo de doenças malignas da medula óssea e sistema linfático. É classificada de acordo com o tipo de célula predominante e o nível de maturidade das mesmas.

Para Carvalho e Silva (2005, p. 431) as leucemias agudas são “doenças clonais caracterizadas pela proliferação incontrolável das células precursoras hematopoiéticas que perdem a capacidade estrutural e funcional”. Ocorre uma infiltração difusa de células leucêmicas ou blásticas na medula óssea, suprimindo a hematopoiese normal em graus variáveis.

As leucemias agudas dividem-se em dois grupos, de acordo com o precursor hematopoiético envolvido. A leucemia linfóide ou linfoblástica (LLA) é derivada das unidades de colônias formadoras de linfócitos, enquanto a leucemia mielóide (LMA) deriva-se de unidades de colônias formadoras de granulócitos-eritrócitos-megacariócitos-macrófagos (CARVALHO e SILVA, 2005).

A LLA é mais comum na infância, representando 85% de todos os casos. Sua incidência decresce após os 15 anos e aumenta novamente após os 50 anos, representando 20% das leucemias no adulto (OTTO, 2002).

O sistema de classificação franco-américo-britânico (FAB) é o mais utilizado, baseado em critérios morfológicos e citoquímicos para classificar as células blásticas (CARVALHO e SILVA, 2005).

Essas categorias permitem a subdivisão da LLA, importante para direcionar o tratamento: L1 (onde há o predomínio de células pequenas, tipo de blasto mais frequente em crianças); L2 (predomínio de células grandes, tipo de blasto mais comum em adultos) e L3 (células hiperbasófilas, muito raras e assemelham-se ao linfoma de Burkitt) (CARVALHO e SILVA, 2005; MARQUES e MASSUMOTO, 2005; OTTO, 2002).

São realizados ainda estudos de marcadores de superfície celular para identificar leucemia associada a antígenos. Esses grupos são a LLA comum, a LLA pré-B, a LLA pré-T e a LLA de células nulas, de células B e de células T (OTTO, 2002).

Com os protocolos atuais de tratamento consegue-se mais de 80% de remissão da doença. No entanto, apenas aproximadamente 40% dos adultos estarão vivos dois anos após o tratamento, contrastando com as crianças, cuja sobrevida é cerca de 80% (CARVALHO e SILVA, 2005).

A incidência da LMA aumenta com a idade, representando 20% das leucemias agudas na infância e 80% em adultos. Diferentemente da LLA, onde a etiologia permanece desconhecida, há inúmeros fatores considerados causais para o aparecimento da LMA. Entretanto, apenas três tem essa relação perfeitamente estabelecida: exposição crônica ao benzeno; a utilização de agentes alquilantes e a exposição à radiação ionizante (CARVALHO e SILVA, 2005).

De acordo com Otto (2002), a presença de corpúsculos (bastões) de Auer sugere um diagnóstico de LMA no primeiro momento. A LMA é morfológicamente classificada segundo os critérios FAB, segundo o grau de diferenciação ao longo das linhagens celulares diferentes e o grau de maturação celular:

- M₀ - linhagem mielóide não determinada por análises morfológicas ou citoquímicas;
- M₁: mieloblástica - sem maturação, presença de corpúsculos de Auer, apresenta mais de 90% de blastos;
- M₂: mieloblástica - com maturação, presença de corpúsculos de Auer e/ou grânulos, a soma de blastos com promielócitos ultrapassa 50%;

Os subtipos M₁ e M₂ são os mais comuns em adultos.

- M₃: promielocítica – a maioria das células são promielócitos anormais, apresenta feixes de corpúsculos de Auer, translocação cromossomial 15:17;

Representa 10% das LMA em adultos, com boa duração da remissão.

- M₃: variante (M₃V) – apresenta variante microgranular;
- M₄: mielocítica – apresenta soma maior de 20% de promonoblastos e monoblastos, e também de mieloblastos e promielócitos;

Podem estar presentes neste subtipo de LMA organomegalia, linfadenopatia, hiperplasia gengival, infiltração dos tecidos moles e leucemia do SNC.

- M₄E: presença de quantidades variáveis de eosinófilos morfológicamente anormais, além de anormalidades associadas ao cromossomo 16;
- M₅: monocítica – subtipos A e B, possuem mais de 80% de células monocíticas, poucas células podem ter corpúsculo de Auer.

- M₆: eritroleucemia (síndrome de Di Guglielmo) – componente eritropoiético ultrapassa 50% das células medulares, aparecem blastos com morfologia bizarra;

Ocorre em menos de 5% das LMA, quase sempre evolui para M₁, M₂ ou M₄.

- M₇: megacariócito – reticulina e fibrose por colágeno, blastos assemelham-se a megacariócitos imaturos ou podem ser bastante indiferenciados.

Variante rara de LMA, medula de difícil aspiração. Prognóstico muito ruim (OTTO, 2002; MARQUES e MASSUMOTO, 2005).

O pior fator prognóstico na LMA é o tratamento prévio com quimio ou radioterapia. Transtornos hematológicos preexistentes, infecções graves, leucemia de SNC, organomegalia, linfadenopatia e anormalidades cromossomais específicas também estão associadas a um pior prognóstico. As taxas de sobrevida assemelham-se às da LLA (OTTO, 2002).

Ocorre, tanto na LLA quanto na LMA, uma proliferação irrestrita de glóbulos brancos imaturos (blastos) nos tecidos hematopoiéticos. As células leucêmicas apresentam propriedades neoplásicas semelhantes aos cânceres sólidos. A patologia e as manifestações clínicas são causadas pela infiltração e substituição de qualquer tecido do organismo por células leucêmicas não funcionantes (WONG, 1999).

A proliferação dos blastos deprime a produção de elementos figurados do sangue na medula óssea. A destruição celular acontece pela infiltração e competição por elementos metabólicos, e não porque as células leucêmicas destroem as células sanguíneas normais. Com a invasão da medula óssea, os ossos ficam mais frágeis, apresentando tendência a fraturas fisiológicas. Além disso, a invasão no periósteo causa pressão e dor intensa (WONG, 1999).

Os achados mais comuns são: febre; fraqueza; fadiga; perda de apetite e peso; petéquias, equimoses ou hematomas; infecções frequentes. Os sintomas refletem a falta de

células sanguíneas funcionantes, como a anemia (diminuição do número de hemáceas), a plaquetopenia ou trombocitopenia (causada pela diminuição do número de plaquetas) e a neutropenia (diminuição dos neutrófilos). É denominado pancitopenia quando a produção de todas as células sanguíneas está suprimida (CLARK; Mc GEE, 1997).

A neutropenia aparece como a primeira alteração nas células sanguíneas, pois os granulócitos têm vida média de seis horas. A trombocitopenia representa a segunda queda perceptível, já que as plaquetas possuem vida média de cinco a sete dias. Os eritrócitos, com uma vida média de cento e vinte dias, fazem a anemia ser a terceira alteração sanguínea, estando presente em tratamentos mais longos ou rigorosos (FONSECA et al, 2000).

Como opções de tratamento, Bonassa e Santana (2005) afirmam que a quimioterapia é o mais utilizado nas leucemias. A Quimioterapia é uma modalidade de tratamento sistêmico, consistindo na utilização de substâncias químicas isoladas ou em combinação, que atuam interferindo no processo de crescimento e divisão celular. Porém, como a maioria dos agentes antineoplásicos não destrói exclusivamente as células tumorais, células normais de rápida proliferação também são atingidas, causando assim efeitos colaterais ou tóxicos indesejáveis. Pode ser utilizada com objetivos curativos, no caso da maioria das leucemias, ou paliativos, trazendo então alívio dos sintomas e não necessariamente aumento na sobrevida dos pacientes.

Outra opção de tratamento utilizada é o TMO (transplante de medula óssea). É um processo que envolve a substituição de uma medula doente ou lesada por outra que consiga desenvolver sua função normal. Há dois tipos de TMO: autólogo e alogênico. Autólogo é quando a infusão é feita com as células sadias do próprio receptor. Alogênico é aquele que depende de um doador de medula compatível com o receptor. O tipo de transplante é determinado a partir do tipo e estágio da doença, da idade e do estado de saúde do paciente e da disponibilidade ou não de um doador compatível (OTTO, 2002).

4 ORIENTAÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Segundo Bonassa e Santana (2005), a neutropenia representa um dos mais graves problemas causados pelos quimioterápicos. A diminuição do número de leucócitos, especialmente linfócitos, granulócitos e neutrófilos, faz com que o paciente tenha sua imunidade diminuída, aumentando assim o risco para infecções.

As manifestações clínicas mais evidentes da presença de infecções ficam alteradas no paciente com leucemia, o que exige um controle constante e rigoroso da equipe de enfermagem. Deve-se verificar os sinais vitais, atentando para sinais como aumento da temperatura axilar, tremores, taquicardia, rubor facial, hiperemia ocular, alterações na pele, além das queixas do paciente de dor ou desconforto (SMELTZER e BARE, 2002).

A atenção principal deve estar voltada para a temperatura axilar. Como se trata de pacientes com baixa imunidade, o risco para choque séptico fica aumentado. Na rotina vigente na unidade, caso o paciente apresente um pico febril de 38,5° C ou dois picos de 38°C, deve-se coletar hemocultura e urocultura, medicar o paciente e iniciar ou trocar antibióticos, conforme orientação médica (SMELTZER e BARE, 2002).

O cuidado corporal e a higiene são fundamentais para a prevenção de infecções. Recomenda-se banho diário com sabão neutro. A lavagem das mãos representa o primeiro e um dos mais importantes cuidados que se deve ter no trato destes pacientes. Orienta-se a lavagem das mãos tanto para os pacientes como para os acompanhantes e as visitas. Todos os banheiros dos quartos da unidade possuem frascos com solução de clorexidina degermante 4%, que deve ser utilizada para lavagem das mãos cada vez que entra no quarto, antes e após o contato com os pacientes. Foi solicitado ao Controle de Infecção do HCPA dados científicos

que comprovem a eficiência da clorexidina nesta concentração, mas até o final deste estudo a solicitação não foi atendida.

Também são mantidos nos quartos vidros com álcool a 70%. O álcool deve ser utilizado para higienizar as superfícies dos móveis e o vaso sanitário antes e após o uso pelos pacientes. A rotina da equipe de enfermagem é preencher os frascos quando for necessário, trocando-os uma vez por semana. A gaze estéril embebida em álcool é utilizada pela equipe de enfermagem para manusear conexões de catéteres venosos. Como o caso da clorexidina, a solicitação da comprovação científica do uso do álcool 70% também não foi atendida até o final deste estudo.

A diminuição no nível de plaquetas pode ocasionar sangramentos tais como: epistaxe, melena, hematúria, hematêmese, hemoptise, sangramento gengival e presença de petéquias. Em graus mais severos de plaquetopenia podem ocorrer hemorragias internas, inclusive Acidente Vascular Encefálico Hemorrágico (AVE) (SMELTZER e BARE, 2002).

Os pacientes devem ser orientados a comunicar a equipe no caso de presença de qualquer tipo ou intensidade de sangramento. Este cuidado é de extrema importância, principalmente em pacientes com grau de plaquetopenia mais grave. Explicar que, pela plaquetopenia, o uso de materiais cortantes pode causar hemorragias. O profissional de enfermagem deve incluir no exame diário a pesquisa por sangramentos e, se estes forem detectados, avisar imediatamente a equipe médica responsável.

Segundo afirma Smeltzer e Bare (2002), de acordo com o grau da hemorragia ela pode ser tratada com repouso no leito e/ou transfusão sangüínea. No caso de sangramento ou risco iminente, o paciente deve ser orientado a ficar em repouso no leito. Na unidade de internação são obedecidos os parâmetros das rotinas utilizadas pela equipe de hematologia em todo o HCPA: repouso relativo (restrito ao leito, podendo levantar-se para ir ao banheiro com acompanhante) para pacientes com contagens de plaquetas igual ou inferior a 20.000; repouso

absoluto (não deve sair do leito nem para ir ao banheiro) para aqueles que apresentam valores inferiores a 10.000.

Os quimioterápicos podem causar alterações na cavidade oral, nasofaringe, esôfago, reto e ânus. Essas alterações são denominadas mucosite e caracterizam-se por hiperemia, dor, edema, ulceração, podendo também ocorrer hemorragia. A inflamação da mucosa oral pode afetar a ingestão de alimentos e líquidos, a comunicação verbal, higiene oral e auto-imagem, causando dor e desconforto. (BONASSA e SANTANA, 2005).

Smeltzer e Bare (2002) afirmam que a higiene oral freqüente pode diminuir a possibilidade de infecção na cavidade oral. O paciente deve ser orientado a realizar sua higiene oral com escova de dente macia, para evitar lesões e possíveis sangramentos na gengiva. É recomendado o uso de chá de malva para fazer bochechos após a escovação. Apesar da eficácia do uso do chá de malva não estar comprovada cientificamente, ele é utilizado na unidade de internação com bons resultados.

A diarreia e o vômito colocam o paciente sob risco de desidratação, desequilíbrio eletrolítico, escoriação de pele e mucosa e até morte. O uso profilático de antieméticos ajuda a minimizar estes sintomas. A constipação se caracteriza pela dificuldade ou longos intervalos de evacuações das fezes, freqüentemente acompanhada de anorexia, desconforto, dor e distensão abdominal, podendo acarretar também, náuseas, vômitos e desequilíbrio eletrolítico (BONASSA e SANTANA, 2005).

Abcessos retais não são raros de ocorrerem, então orienta-se a higienização do períneo após as eliminações, a fim de evitar a contaminação da pele sensibilizada. Também se orienta a observação das eliminações, atentando para mudanças na cor, consistência e quantidade (SMELTZER e BARE,2002).

A alimentação é um aspecto muito importante que pode auxiliar ou atrapalhar o andamento do tratamento. O déficit nutricional deixa o paciente com a resposta diminuída ao tratamento e com mais risco de contrair infecções. As mudanças no paladar são eventos temporários causados pelo tratamento que propiciam a anorexia. Orienta-se aos pacientes que somente ingiram alimentos cozidos e fervidos, fornecidos pelo setor de nutrição do hospital. Se isto não for possível, recomenda-se que consumam alimentos industrializados, preferencialmente com embalagens lacradas, como salgadinhos, bolachas, refrigerante em lata. Solicitamos que os pacientes abram a embalagem somente na hora de comer e desprezem as sobras (BONASSA e SANTANA, 2005).

A ingesta hídrica também é muito importante. A destruição celular maciça resultante da quimioterapia aumenta os níveis sistêmicos de ácido úrico, podendo formar cálculos renais. O aumento no consumo de líquidos evita a cristalização do ácido úrico, diminuindo a probabilidade de formação dos cálculos. Os pacientes são orientados a ingerir bastante água, sempre que possível (SMELTZER e BARE, 2002).

Segundo Rondinelli et al. (2003) quadros infecciosos pulmonares, particularmente pneumonias causadas por fungos oportunistas, parecem ter uma maior incidência durante os períodos de construção ou reforma hospitalar, através da liberação de esporos contidos no material de construção, que, ao serem inalados, podem permitir que fungos se alojem dentro das vias aéreas, acometendo imunocompetentes e principalmente imunossuprimidos.

Os pacientes são orientados a manter as janelas fechadas, pois no momento há uma obra em andamento no pátio do HCPA, embaixo das janelas dos quartos. Essa medida busca reduzir o número de infecções respiratórias fúngicas. Houve uma mudança no padrão infeccioso com aumento na incidência de quadros pulmonares fúngicos em pacientes neutropênicos febris internados na enfermaria do Hospital do Câncer de São Paulo, durante o período entre dezembro de 2000 e maio de 2001, quando foi realizada uma grande reforma

hospitalar. O diagnóstico e a instituição precoce de terapêutica específica parecem ter sido decisivos na sobrevida destes pacientes (RONDINELLI et al., 2003).

Também para prevenir a infecção por microorganismos oportunistas orienta-se o uso de máscara protetora para sair do quarto (RONDINELLI et al., 2003).

5 METODOLOGIA

A seguir serão descritos os aspectos metodológicos que foram utilizados para a realização deste estudo.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi elaborado através de uma pesquisa bibliográfica. De acordo com Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é um estudo desenvolvido a partir do material já elaborado, publicado em livros e artigos científicos.

5.2 ETAPAS DO ESTUDO

O desenvolvimento deste estudo teve como base as seguintes etapas, descritas por Gil (2002):

a) *escolha do tema*: caracterizou por ser a fase inicial do estudo. O tema escolhido foi de interesse da pesquisadora. Como esta já possuía uma experiência prévia sobre o assunto, foi possível desenvolver adequadamente as próximas etapas do estudo.

b) *levantamento bibliográfico preliminar*: compreendeu a fase do estudo onde houve a familiarização da pesquisadora com o tema selecionado. Segundo Gil (2002), esta etapa é fundamental para que a idéia seja elaborada de maneira clara e objetiva.

c) *formulação do problema*: caracterizou-se pela delimitação do assunto a ser estudado, assim como os objetivos a serem obtidos com o estudo. “Somente a partir do momento em que o pesquisador tem uma idéia clara do que pretende fazer e respeito do assunto escolhido é que está em condições de iniciar seu trabalho” (GIL, 2002, p.62).

d) *elaboração do plano provisório de assunto*: após a formulação e delimitação dos objetivos, a pesquisadora organizou o plano de trabalho. Caracterizou-se por ser a estrutura lógica do trabalho, sistematizando o conteúdo do estudo.

e) *Identificação e localização das fontes e obtenção do material*: consistiu na “identificação das fontes capazes de fornecer as respostas adequadas à solução do problema proposto” (GIL, 2002, p.64).

Para este estudo, as informações utilizadas para o alcance dos objetivos foram obtidas através de levantamento bibliográfico em material de língua portuguesa e inglesa. As palavras chaves para esta busca foram: “câncer”, “leucemia”, “protocolo assistencial”, “assistência” e “enfermagem”. O material consultado abrangeu obras dos últimos cinco anos e foram utilizadas duas fontes principais para estas buscas:

- Sistema SABI da Biblioteca Central da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, onde foi consultado o acervo da biblioteca da Escola de Enfermagem, considerado os livros, artigos e Tese de Doutorado;
- Internet, através de sites de busca (Google) e bases de dados (Lilacs, Medline e Scielo), além de sites publicados pelo Ministério da Saúde do Brasil, de onde foram retirados dados e conteúdos sobre o tema do trabalho. Como ressalta Gil (2002), a

pesquisa feita em bases de dados e sites de busca é de grande importância, tendo em vista a grande disseminação de materiais bibliográficos em formato eletrônico.

f) *leitura do material*: nesta fase a pesquisadora já possuía o material a ser analisado. Iniciou-se então a etapa de leitura, atentando para a identificação de informações e dados que realmente tivessem relação com o problema proposto, ao mesmo tempo que avaliava a consistência das informações e dados oferecidos pelos autores.

Gil (2002) classifica na pesquisa bibliográfica quatro tipos de leituras, cuja ocorrência se dá em função do avanço do processo da pesquisa. São elas: *leitura exploratória*: está é uma leitura do material bibliográfico que tem como objetivo verificar se a obra consultada é de interesse à pesquisa; *leitura seletiva*: determinação do material de relevância para a pesquisa, leitura mais profunda do material selecionado, porém não definitiva; *leitura analítica*: realizada a partir do material previamente selecionado, tem o objetivo de ordenar as informações coletadas; *leitura interpretativa*: é a mais complexa, tem por objetivo relacionar o conhecimento do autor com o problema para o qual se propõe solução. Neste tipo de leitura, o pesquisador deve ir além dos dados obtidos, pois deve correlacioná-los com conhecimentos significativos, originados de pesquisas empíricas ou de teorias comprovadas.

Para a análise do material pesquisado, a pesquisadora empregou apenas três tipos de leitura: leitura exploratória, seletiva e analítica. A leitura interpretativa não foi empregada por exigir um maior conhecimento e experiência da pesquisadora sobre o assunto. De acordo com Gil (2002), pesquisadores pouco experientes tendem a conferir certo grau de subjetividade ao trabalho, comprometendo a validade científica do estudo.

g) *tomada de apontamentos*: nesta fase foram registradas as informações obtidas com a leitura do material, anotando as idéias principais e os dados relevantes para o estudo. A pesquisadora fez anotações próprias numa folha separada, devidamente identificada. Após esta etapa, o material foi sintetizado e ordenado conforme sugere Gil (2002).

h) *construção lógica do trabalho*: esta etapa consistiu na organização das idéias visando atingir os objetivos propostos no início do estudo. Neste momento, toda a documentação selecionada ao longo da pesquisa estava à disposição da pesquisadora, facilitando assim a composição lógica da estrutura do estudo.

i) *redação do trabalho*: última etapa do estudo. Consistiu na elaboração e redação do trabalho. Segundo Gil (2002), não há normas fixas acerca do processo a ser seguido nesta fase, visto que isto depende em grande parte do estilo de cada autor.

5.3 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme recomendado por Goldim (2000), foi observado o rigor ético quanto à propriedade intelectual dos textos científicos pesquisados, no que diz respeito ao uso do conteúdo e de citação de partes das obras consultadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste estudo é possível perceber a importância das orientações de enfermagem no cuidado com pacientes portadores de leucemia aguda. As ações da equipe de enfermagem são fundamentais tanto na prevenção como na promoção da saúde destes pacientes.

A incidência dos casos de leucemia vem aumentando a cada ano. Esta é uma realidade mundial, inclusive no Brasil. Os profissionais de enfermagem devem estar preparados para cuidar destes pacientes. Como vimos anteriormente, a elaboração de protocolos assistenciais é essencial para a qualificação e manutenção do nível da assistência prestada, através do cuidado sistematizado e contínuo.

Sugere-se a possibilidade de, em trabalhos futuros, verificar-se a aceitação do protocolo, através de uma coleta e análise de dados junto aos pacientes, buscando aspectos positivos e pontos de melhoria do mesmo.

O presente estudo conclui que a implementação do Protocolo Assistencial de Orientações de Enfermagem para pacientes adultos com Leucemia Aguda pode servir de base no direcionamento do cuidado destes pacientes. Através dele busca-se minimizar o impacto da hospitalização, além de tentar diminuir a exposição a infecções, reduzindo assim o período de internação.

REFERÊNCIAS

BONASSA, E. M.; SANTANA, T. R.. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

BRASIL. Associação Brasileira de Linfomas e Leucemias. **O que é leucemia?** São Paulo, 2005a. Disponível em: <http://www.abrale.org.br/doencas/leucemia/index.php?area=leucemia>. Acesso em: 15/08/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional**. Rio de Janeiro, 2005 b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/regpop/2003/index.asp?link=comentarios.asp&ID=1>>. Acesso em: 02/11/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto nacional do Câncer. **Câncer: o que é câncer?** Rio de Janeiro, 2005c. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 15/04/2005.

CARVALHO, P.V.B.; SILVA, A.S.. **Leucemias agudas**. In: LOPES, A.; IYEYASU, H.; LOPES, L.F. et al.. *Oncologia: para a graduação*. Ribeirão Preto, São Paulo: Tecmedd, 2005.

CLARK, J.C.; MCGEE, R.F.. **Enfermagem oncológica: um curriculum básico**. 2.ed. . Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FAILLACE, R.R.. **Hemograma: manual de interpretação**. 4.ed. . Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

FONSECA, S. M. *et al.* **Manual de quimioterapia antineoplásica**. Rio de Janeiro: Reichaman & Affonso Editores, 2000.

GIL, A.C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. . São Paulo: Atlas, 2002.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

GUTIÉRREZ, M.G.R. et al.. **Natureza e classificação das intervenções de enfermagem em ambulatório de quimioterapia de adultos**. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem v. 8 n.3.. Ribeirão Preto jul. 2000.

MARQUES, R.; MASSUMOTO, C.. **Leucemias agudas**. In: BUZOID, A.C.; COLLI, A.M.F.; VARELLA, D.; et al.. Hospital Sírio Libanês: manual de oncologia clínica. 3.ed. .São Paulo: Ernesto Reichmann, 2005.

OLIVEIRA, M.R. et al.. **Programa de consultas de enfermagem e reuniões educativas para pacientes, doadores e acompanhantes em uma unidade de transplante de medula óssea**. In: Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. v.23 n.3. São Paulo set./dez. 2001

OTTO, S.E.. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002.

POLANCZYK, C.A. et al.. **Protocolos assistenciais como estratégias de adesão as melhores práticas clínicas e otimização de recursos**. In: Congresso de Qualidade Hospitalar, 2002, São Paulo. Anais do Congresso de Qualidade Hospitalar, 2002.

RONDINELLI, P.I.P.; MENDES, W.L.; MANGINI, C.; CAMARGO, B.. **Infecção pulmonar fúngica durante um período de reforma no Hospital do Câncer**. In: revista Prática Hospitalar. Ano V n.29. set/out 2003.

SILVA, L.M.G.. **Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de alta hospitalar pós-transplante de medula óssea (TMO): relato de caso**. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem. vol.9 n.4: 75-82. Ribeirão Preto, 2001.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.. **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

WONG, D.L.. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.